Ioan SIMA

Mihai SIMA

FUNDAMENTELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Editura „*ALMA MATER*“
Sibiu, 2008

II 406.662

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAȘI
II 406. 662

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

219

Prof.univ.dr. Ioan SIMA

Lector univ.dr. Mihai SIMA

558408

FUNDAMENTELE PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

ALE

460608
B.C.U. IAȘI

Editura „Alma Mater”
SIBIU - 2008

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

SIMA, IOAN

Fundamentele psihopedagiei speciale – ediţie revăzută / Sima Ioan, Sima Mihai. – Sibiu : Alma Mater, 2008

Bibliogr.

ISBN 978-973-632-476-5

I. Sima, Mihai

159.922.76

Tipărit la Editura *„Alma Mater"* Sibiu
str. Aurel Vlaicu, nr. 1, Sibiu - 550327 - România
tel. 0269-234332
fax. 0269 – 234332
www.editura-amsibiu.ro
e-mail: tipografia.am@gmail.com

22. MAR. 2010

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUPRINS

Introducere **5**

Capitolul 1. Locul psihopedagogiei speciale în cadrul psihopedagogiei **9**
1.1. Obiectul psihopedagogiei speciale 9
1.2. Delimitări conceptuale 17

Capitolul 2. Strategii recuperatorii în psihopedagogia învățământului special **23**
2.1. Principiile învățământului special 23
2.2. Metodele psihopedagogiei speciale 38

Capitolul 3. Sistemul ramurilor psihopedagogiei speciale **49**
3.1. Problematica psihopedagogiei deficienților mintal 53
3.1.1. Caracteristicile generale ale deficientului mintal . 56
3.1.2. Functiile si procesele psihice in deficienta mintala 59
3.1.3. Etiologia deficientei mintale 71
3.1.4. Tipologia handicapului mintal 78
3.1.5. Diagnosticarea deficientei mintale. Diagnosticul diferential 94
3.1.6. Limite si posibilitati in recuperare a handicapatilor mintal 96
3.2. Psihopedagogia deficientilor de auz 109
3.2.1. Caracterizarea generala a handicapului de auz 111
3.2.2. Clasificarea si etiologia handicapurilor de auz 114
3.2.3. Diagnosticarea handicapului de auz 121
3.2.4. Caracteristicile functiilor si proceselor psihice la handicapatii de auz 125
3.2.5. Recuperarea si integrarea deficientilor de auz 127
3.3. Psihopedagogia deficientilor de vedere 152
3.3.1. Definitia si clasificarea deficientelor vizuale 154

BCU IASI - UNIVERSITY LIBRARY

3.3.2. Etiologia deficientelor de vedere 163
3.3.3. Caracterizarea somatica si psihologica a nevazatorului 176
3.4. Problematica psihopedagogiei deficienţilor de motricitate şi psihomotricitate (somatopedia).....221
3.4.1. Etiologia deficienţelor fizice.....223
3.4.2.clasificarea deficienţelor fizice 224
3.4.3. Posibilităţi corectiv - recuperative şi problemele protezării.....230
3.5. Problematica tulburărilor de limbaj 236
3.5.1. Definitia deficientelor de limbaj 240
3.5.2. Cauzele deficientelor de limbaj.....243
3.5.3. Clasificarea deficientelor de limbaj.....248
3.5.4. Caracterizarea deficientelor de limbaj.....250
3.6. Problematica psihopedagogiei tulburărilor de comportament (etopedia).....319
3.6.1. Etiologia şi formele tulburărilor de comportament.....320
3.6.2. Efecte şi posibilităţi de prevenire şi educare a tulburărilor de comportament.....327
3.7. Compensarea şi recuperarea unor însuşiri / funcţii psihice prin mecanisme neuropsihofiziologice 346
3.8. Câteva aspecte privind cumulul de deficienţe / polihandicapul 358
3.9. Concepte şi teorii privind integrarea şcolară şi socială a copiilor cu cerinţe educative speciale 366

BCU IASI / CENTRUL DE VECHIME

INTRODUCERE

Problematica persoanelor handicapate este întotdeauna de actualitate, deoarece aceştia reprezintă o categorie a populaţiei cu o poziţie evident dezavantajată faţă de alte categorii de oameni. Fiind una din problemele majore ale vremurilor actuale poate fi soluţionată numai prin efortul comun al tuturor oamenilor de bună credinţă din domeniile: politică, social, afaceri, ştiinţă, cultură.

Gradul de civilizare a societăţii în mare măsură este determinată de atitudinea faţă de aceste persoane. Crearea condiţiilor pentru educaţie şi învăţământ, adaptare socio-profesională şi integrare socială a persoanelor respective constituie şi un obiectiv principal al oricărui stat şi a comunităţii mondiale în general.

Tema mai poate fi actuală şi prin sesizabila diferenţiere a persoanelor cu handicap faţă de persoanele cu o dezvolare psiho-fizică normală, care este determinată de particularităţile individuale de o eterogenitate extremă. De aceea,cei chemaţi,întreaga societate are umana obligaţie morală de a asigura valorificarea maximală a disponibilităţilor de care dispun persoanele cu diferite deficienţe şi tulburări.

Diferenţierea persoanelor cu handicap este o problemă fundamentală a ştiinţei defectologice, o acţiune complexă care se realizează interdisciplinar (medicină, psihologie, pedagogie,sociologie , etc.) axându-se pe particularităţile dezvoltării psihofizice individuale. Problema persoanelor cu anumite deficienţe fizice,senzoriale şi mintale este una dintre cele mai acute, nu numai în domeniul de ocrotire a mamei şi copilului, dar –mai ales- în viaţa socio-economică a ţării.

Actualitatea temei mai este determinată şi de numărul mare de factori care determină apariţia acestor deficienţe,dar şi de multitudinea

factorilor care ar trebuii să se implice în recuperare,compensare,reabilitare şi integrare sau reintegrare în viaţa socio-economică.

Studiile au demonstrat că apariţia în familie a unui copil ce are un handicap , în 20% din cazuri afectează planurile profesionale a părinţilor dar mai ales a mamelor, în 80% din cazuri mamele ce cresc şi educă copii cu handicap neuro-psihic renunţă la activitatea lor profesională; se dereglează climatul psihologic în familie: 3% di[illegible]milii se destramă, 9,2% din taţi încep să facă abuz de alcool;cresc cheltuielile statului pe contul pensiilor, subvenţiilor, serviiciilor medicale acordate persoanelor ce au un handicap.

Într-o măsură oarecare persoanele ce au un handicap ,influenţează situaţia demografică a ţării. Scopul lucrării de faţă este acela de a face o invitaţie la studierea problemei legată de protecţia persoanelor cu handicap atât în plan social cât şi în plan legislativ,precum şi atenţionarea asupra sprijinului ce trebuie acordat în direcţia facilitării integrării lor sociale şi profesionale

Studierea complexităţii situaţiilor psiho-socio-medicale-economice şi morale a diferitelor categorii de defavorizaţi ai sorţii este un îndemn la umanitate .Însă toate aceste studii nu soluţionează şirul de probleme ce apar tot mai des în viaţa de zi cu zi a persoanelor cu handicap. În acest sens este necesar un cadru legislativ care într-adevăr să poată fi aplicat în practică (nu numai teoretic şi formal),care să asigure drepturi egale şi şanse egale de integrare socială şi profesională.Odinioară, absolvenţii de şcoli prfesionale speciale sau postliceale speciale ,prin grija organelor abilitate în acest scop,erau plasate în producţie.

Umanizarea atitudinii societăţii faţă de persoanele cu handicap mintal, motric, senzorial şi extinderea integrării lor în toate sferele vieţii sociale ne oblibă să recurgem la modificări esenţiale în activitatea profesională a specialiştilor: psihologilor, pedagogilor, educatorilor, lucrătorilor medicali, asistenţilor sociali.

În societatea contemporană preocuparea pentru persoanele care au un handicap se regăseşte în domenii foarte variate şi este analizată din perspective tot mai diverse. Mulţi specialişti ca medicul pediatru, psihologul, asistenţii sociali, cadrele didactice din învăţământul de masă şi din cel special, numeroşi părinţi etc., se regăsesc în mod frecvent puşi în faţa persoanei cu handicap, trebuind să rezolve, fiecare din punctul lor de vedere problemele uneori complexe şi dificile. O persoană, oricare i-ar fi handicapul trebuie să ştie că alături sunt oameni afectuoşi, el însuşi prin aceasta se maturizează, îşi formează capacitatea de independenţă sigură, revigorându-şi forţele fizice şi intelectuale, deprinderea sa învingînd toate obstacolele vieţii. Doar în asemenea condiţii persoana cu handicap se va integra uşor în societate şi se va simţi membru cu drepturi şi obligaţii depline a societăţii noastre.

Persoana ce dobîndeşte o deficienţă se străduieşte să realizeze trecerea de la noul statut, să optimizeze procesul tranzacţilor cu ceilalţi, pentru a înregistra eficacitate maximală a readaptării sociale. O asemenea persoană porneşte de la cele mai banale activităţi cotidiene, caută explicaţii ale vieţii sociale pentru a ajunge la adaptarea celor mai adecvate comportamente.

Handicapul se manifestă în dezavantaj în activităţile cotidiene ,de altfel obişnuite pentru membrii normali ai colectivităţii (comunicare, mobilitate, autoservire) punînd persoana în situaţia de a încerca să găsească noi modalităţi de adaptare.

Modul de viaţă a acestor persoane are drept componentă semnificativă prezenţa suportului social (a protecţiei speciale) prin care se creează posibilitatea conturării diferitelor stiluri de viaţă. Evaluarea modurilor şi stilurilor de viaţă ale persoanelor cu handicap se bazează pe domeniul autonomiei/dependenţei în satisfacerea trebuinţelor umane.

Modelele de abordare a oricărui tip de handicap s-au asociat cu diferite obiective ale intervenţiilor: de la instituţionalizare la îngrijire în

comunitate. Caracteristica distinctivă a celor mai multe tipuri de intervenţie constă în instruirea unor prestaţii „speciale" destinate să reducă pe cât posibil dificultăţile întâmpinate de persoanele cu handicap ,mai ales cel mintal în diferite domenii ale vieţii: sănătate, educaţie, muncă, asigurarea veniturilor, etc.

De-a lungul timpului s-a conturat o mare varietate de drepturi şi prestaţii speciale instituite în favoarea persoanelor cu orice tip de handicap; unele sunt vizate de reglamentări speciale, altele de prevederi ale legislaţiei obişnuite. Multe speranţe se leagă astăzi de activităţile non-guvernamentale, care se preocupă de deschiderea unor centre de zi , centre de activităţi, centre de reabilitare pentru copiii cu handicap astfel, se iniţiază proiecte, programe de suport pentru aceste persoane, diferite forme de intrajutorare, etc.

Sarcinile care revin persoanelor cu o dezvoltare psihică, senzorială, psiho-motrică normală s-ar putea concretiza prin adoptarea unor atitudini socio-morale şi umane, precum :

- să recunoaştem şi să încurajăm orice mod de comunicare a acestor persoane;
- să ajutăm persoana cu handicap să devină cît mai independentă posibil;
- să oferim copilului cu handicap sprijinul nostru de a se integra în societatea altor copii;
- să susţinem şi să ajutăm părinţii ce au în creştere un copil cu handicap;
- să oferim unele sfaturi părinţilor cum să se comporte în cazul comportamentului dificil al copilului cu un astfel de handicap.SI DE CE NU ?
- să oferim acolo unde este necesar ,în limita posibilităţilor ,un suport financiar.

BCU „LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITARĂ

CAPITOLUL 1
LOCUL PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE ÎN CADRUL ŞTIINŢELOR PSIHOPEDAGOGICE

1.1. Obiectul psihopedagogiei speciale

Psihopedagogia specială este o ştiinţă psihopedagogică ce se ocupă de studiul particularităţilor psihice, de instrucţia şi educaţia, evoluţia şi dezvoltarea psihică, de modalităţile corectiv – recuperative, pentru valorificarea potenţialului uman existent şi formarea personalităţii persoanelor cu deficienţe psihice, senzoriale, fizice, de limbaj sau de comportament, în vedere integrării acestora în viaţa socio-profesională, cu cât mai puţine dificultăţi. Aşadar, psihopedagogia specială are implicaţii practic-aplicative, în care instrucţia şi educaţia, recuperarea şi integrarea se constituie ca activităţi de intervenţie specială, care să conducă la valorificarea tuturor disponibilităţilor în vederea inserţiei sociale a persoanelor cu nevoi speciale.

Psihopedagogia învăţământului special este o ştiinţă sintetică, interdisciplinară, la intersecţia dintre psihologie, pedagogie, medicină, sociologie, biologie, etc. Altfel spus, psihopedagogia specială este o „ştiinţă a ştiinţelor", incluzând în ea şi ştiinţe privind legile învăţământului, legilor şi legităţilor dezvoltării, educaţiei şi instrucţiei persoanelor cu anumite deficienţe sau carenţe educaţionale. Din multitudinea aspectelor incriminate în definiţiile date se desprind două aspecte fundamentale :

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

a) aspecte psihologice în relaţie apropiată cu problemele dezvoltării psihice a persoanelor cu nevoi speciale, care devin probleme de asistenţă socială;

b) aspecte pedagogice, care vizează probleme de instrucţie şi educaţie a acestor persoane.

Situaţia actuală a acestui domeniu interdisciplinar este dependentă de nivelul vieţii economico-socială, de starea generală a învăţământului, a serviciilor medicale şi sociale, ca şi de condiţiile, atitudinile, mentalităţile şi interesele sociale dominante.

În decursul vremii, prin investigaţii şi studii aprofundate, s-au elaborat metodologii corectiv – recuperative specifice fiecărei categorii de deficienţi şi raportate la gravitatea deficienţei, la forma de manifestare, la vârsta deficientului, la posibilităţile de compensare şi valorizare a disponibilităţilor persoanei respective. Preluarea, chiar şi în formă simplificată, a unor metode şi tehnici folosite în munca instructiv – educativă a normalilor, pe lângă faptul că este dificil de aplicat, se dovedeşte a fi o practică ineficientă în munca cu persoanele cu nevoi speciale. În consecinţă se impune folosirea unor metode şi tehnici specializate, în care practica şcolară a impus programe şi manuale adaptate la obiectivele învăţământului special.

Specialişti în psihopedagogie specială au creat o atmosferă de larg interes pentru toate categoriile de deficienţi şi au investigat o gamă largă de probleme, ceea ce a condus la diversificarea domeniilor ştiinţei. Astfel, în ultimii ani au fost realizate progrese însemnate nu numai în domeniul ştiinţelor psihopedagogie, dar şi într-o serie de domenii adiacente, cum ar fi: biologia, fiziologia, medicina, lingvistica, etc., ceea ce a făcut posibilă colaborarea, de pe poziţii diferite, în cadrul terapiei şi educaţiei

deficienţilor. Aşa s-a dezvoltat oligofrenopsihologia şi oligofrenopedagogia, ce studiază aspectele psihologice ale deficienţilor mintal, precum şi de psihodiagnoză, de instruire, educare, recuperare şi de integrare a acestora în viaţa socială; surdopsihologia şi surdopedagogia abordează problematica psihologică şi pedagogică a activităţii psihice a persoanelor cu deficienţe de auz; tiflopsihologia şi tiflopedagogia îşi delimitează preocupările psihologice şi pedagogice la deficienţii de vedere; logopedia are în atenţie studiul limbajului, prevenirea şi terapia corectivă a tulburărilor de limbaj, iar psihopedagogia specială, a deficienţilor fizici/locomotori şi de comportament, se ocupă cu întreaga problematică a deficienţilor locomotori, restabilirea funcţiilor pierdute, compensarea funcţiilor alterate şi formarea deprinderilor comportamentale adaptiv-integrative şi înlăturarea unor devianţe comportamentale.

Pentru facilitatea înţelegerii problematicii fiecărui domeniu, vom analiza particularităţile psihoindividuale şi evoluţia acestora în funcţie de tipul deficienţei, de condiţiile de mediu, de etiologia care determină astfel de stări critice şi de posibilităţile recuperativ-compensatorii-integrative care contribuie la selectarea activităţilor adaptative ale subiecţilor deficienţi.

Educarea şi instruirea persoanelor cu anumite deficienţe se realizează în unităţi ale învăţământului special. De altfel, formula tradiţională „învăţământ special" tinde să fie înlocuită cu cea de „educaţie specială". Prima şcoală specială din România a luat fiinţă în anul 1831, la Dumbrăveni, şi cuprindea copii surdo-muţi. Legea învăţământului din 1924 este prima lege care acordă atenţie copiilor „debili şi anormali educabili", arătându-se că ei pot fi şcolarizaţi în şcoli speciale sau clase speciale. Categoriile de copii cuprinşi în asemenea şcoli sau clase speciale erau :

- copii întârziaţi la minte;
- copii slabi, bolnăvicioşi sau predispuşi la tuberculoză ;
- copii cu apucături rele, nesociabili sau vicioşi („care urmau şcoala de îndreptare");
- copii orbi şi surdo-muţi.

Învăţământul din aceste şcoli şi clase avea conţinut şi metodologii adecvate fiecărei categorii de copii. Prin această lege se accentua necesitatea pregătirii speciale a personalului din aceste şcoli numit şi retribuit de către Ministerul Instrucţiunii.

Lega învăţământului din 1968 face referiri mult mai reduse cantitativ cu privire la învăţământul special, iar prevederile sunt mai generale. Ultima lege dinainte de 1989 - cea din 1978 - conţine doar o singură frază cu privire la învăţământul special: „Pentru copiii cu deficienţe senzoriale, fizice şi intelectuale se organizează unităţi speciale de învăţământ, în condiţiile legii".

Depistarea şi diagnosticarea deficienţilor este realizată în principal de către unităţile medicale. Deficienţa uşoară (liminală) se depistează la intrarea copilului în grădiniţă sau în clasa întâi. Examinarea cu scop de diagnozare a persoanelor cu abateri în dezvoltare se realizează de către „Comisiile medico-psiho-pedagogice de diagnostic şi triaj" judeţene, din care fac parte: un medic psihiatru, un psiholog, un logoped şi un profesor de educaţie specială (defectolog). Decizia comisiei de diagnostic se concretizează într-o recomandare a grădiniţei sau şcolii compatibile cu tipul de deficienţă. Decizia trimiterii spre o grădiniţă sau şcoală specială este elaborată de către Comisia Judeţeană de ocrotire a minorilor, pe baza unui dosar întocmit de către autoritatea tutelară din cadrul primăriei sau prefecturii. Comisia Judeţeană de ocrotire a minorilor este alcătuită din

reprezentanţi ai învăţământului, sănătăţii, asistenţei sociale, poliţiei şi ISTH.

În Sistemul de Învăţământ din România sunt cuprinse unităţi de educaţie specială, după cum urmează :

a) Grădiniţe speciale sau grupe de grădiniţă pe lângă şcolile speciale Aceste unităţi pot cuprinde copii în vârstă de 3-7 ani cu deficienţă mintală, de auz şi/sau de vedere. Copiii care depăşesc vârsta de 7 ani în cadrul grădiniţei speciale pot fi orientaţi spre şcoli speciale sau şcoli de masă;

b) Şcoli speciale generale cu clasele I-VIII, care se organizează pentru persoanele cu deficienţă mintală moderată-uşoară şi cămine şcoală pentru copiii cu deficienţă mintală moderată-sever; şcoli speciale cu clasele I-VIII pentru deficienţii de auz (şcoli pentru hipoacuzici şi şcoli pentru surdo-muţi); şcoli speciale cu clasele I-VIII pentru copiii cu deficienţe de vedere (şcoli pentru ambliopi şi şcoli pentru nevăzători); şcoli pentru deficienţi motori (cămine şcoală sau şcoli profesionale); şcoli pentru minorii cu tulburări de comportament (şcoli de reeducare).

c) Case de Copii (Centru de plasament) cu grădiniţă/şcoală specială;

d) Şcolile sau clasele din spitale (sanatorii, preventorii sau instituţii pentru copiii cu tulburări neuropsihice). Durata frecventării acestor cursuri este variabilă, în funcţie de starea de sănătate a fiecărui copil. Curriculum-ul poate fi identic cu cel al învăţământului de masă sau adaptat;

e) Programe şi elemente de educaţie specială în instituţiile de ocrotire. Începând cu anul 1990 în Centrele de plasament sunt încadrate cadre didactice specializate în psihopedagogie, care se ocupă de cunoaşterea copiilor, terapia tulburărilor de limbaj, consilierea copiilor şi a personalului;

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

f) Centrele logopedice interşcolare, organizate de către Ministerul Educaţiei şi Cercetării şi a Inspectoratelor şcolare judeţene. Aceste centre sunt singura structură de educaţie specială integrată. Obiectivul principal al profesorilor logopezi îl constituie terapia specifică a tulburărilor diverse ale limbajului la copiii din grădiniţele şi şcolile de masă.

g) Clasele speciale constituite pe lângă şcolile de masă: clase pentru copii autişti, clase speciale de tip Waldorf etc.

Aşadar, în sistemul de învăţământ special întâlnim structurile de bază corespunzătoare diferitelor nivele de şcolarizare existente în cadrul sistemului de învăţământ general: grădiniţe, şcoli generale cu clasele I-VIII, şcoli profesionale etc. Totuşi, în sistemul învăţământului special sunt incluse, în afara categoriilor enumerate şi considerate „clasice" (nevăzători , surdo-muţi, debili mintal, infirmi motori) şi alte categorii, astfel:

- deficienţi mintal cu forme grave-parţial recuperabili(ocrotiţi în cămine – şcoală, cămine – atelier);
- copii cu tulburări de comportament;
- copii din şcoli generale/de masă;
- copii din şcolile generale care necesită un învăţământ temporar diferenţiat, copii cu diferite afecţiuni în curs de tratament, copii cu tulburări de limbaj, copii cu rămâneri în urmă în dezvoltare.

O condiţie esenţială a educaţiei acestor copii este depistarea acestora cât mai de timpuriu şi acordarea imediată a unei educaţii speciale, intensivă, în unităţi specializate şi cu personal competent, instruit în vederea obţinerii unui maxim de reuşită în procesul de recuperare .

Ideea integrării diferitelor categorii de beneficiari ai educaţiei speciale în sistemul de învăţământ general trebuie corect analizată şi acceptată, dar în anumite limite, deoarece ea vizează numai unele categorii,

şi, în interiorul acestora, numai subiecţii ale căror performanţe şcolare generale o fac posibilă şi necesară. Mişcarea este condiţionată de depistarea deficienţei în momentul de debut al şcolarizării sau de instalare a acestora pe parcursul instruirii în sistemul învăţământului de masă. Mişcarea inversă, limitată de categoriile de copii aflaţi temporar în tratament medical, logopedic sau de înlăturare a rămânerilor în urmă în dezvoltare, consemnează recuperarea şi reintegrarea subiecţilor în circuitul şcolar obişnuit.

În psihopedagogia contemporană educabilitatea deficienţilor este unanim acceptată, dar modalităţile de realizare a procesului recuperator variază în concepţiile diverşilor specialişti. Unii pledează pentru educaţia şi instruirea deficienţilor în învăţământul de masă, alături de ceilalţi copii, dar în clase speciale, iar alţii consideră că activităţile de instrucţie şi educaţie a deficienţilor sunt mai eficiente dacă se desfăşoară în instituţii specializate, dotate cu mijloace de învăţământ corespunzătoare şi cu personal didactic încadrat pregătit în acest sens. Faţă de aceste două variante se impune întrebarea: care ar fi criteriile după care să instituţionalizăm, diagnosticăm şi includem deficienţii într-o categorie sau alta?

- un prim criteriu ar putea fi gravitatea deficienţei, adică numai copiii cu deficienţe grave să fie orientaţi, etichetaţi şi şcolarizaţi în învăţământul special, iar cei cu deficienţe uşoare să-şi continue studiile în învăţământul de masă;

- al doilea criteriu ar viza potenţialul adaptiv individual, capacitatea de asimilare mintală şi acomodare la solicitările mediului şcolar. Sub acest aspect, chiar şi unii copii cu deficienţe mai grave, dar cu capacităţi adaptive bune ar putea fi recuperaţi în cadrul învăţământului de masă şi ulterior încadraţi social cu dificultăţi cât mai puţine (Ex.: deficienţii de auz

care prin citirea labială timpurie îşi însuşesc mare parte a limbajului, nevăzătorii care se orientează bine în spaţiu, îşi însuşesc scrisul rapid, însuşirea scrierii la deficienţii motori etc.).Pentru a preîntâmpina fenomenele inadaptării, aceşti deficienţi trebuie să beneficieze permanent de o asistenţă psihopedagogică, socială şi medicală de specialitate pe toată perioada şcolarizării.

Prin structura lor, şcolile speciale favorizează o anumită izolare de mediul social obişnuit a copiilor deficienţi, faţă de copiii din şcolile de masă. Această „aparentă" segregare defavorizează integrarea socială şi profesională a deficienţilor. Pe de o parte, deficientul se simte, dar şi este diferit de ceilalţi copii, ceea ce îl face să devină invidios, neîncrezător, considerându-se neîndreptăţit faţă de ceilalţi, de colectivitatea de elevi, iar societatea nu este suficient pregătită (din punct de vedere afectiv sau raţional) pentru a-i înţelege pe aceşti deficienţi.

În opoziţie cu „segregaţioniştii", aşa-zişii „integralişti" propun instruirea şi educarea deficienţilor alături de copiii cu dezvoltare psihică şi fizică normală, în cadrul învăţământului de masă, astfel fiind înlăturate neajunsurile învăţământului special, deficienţilor oferindu-li-se şansa de a beneficia de o pregătire egală cu a celorlalţi copii, având posibilitatea efectivă şi formală de a parcurge pas cu pas toate treptele învăţământului. Totodată „coeducaţia" le-ar oferi prilejul, atât deficienţilor cât şi celorlalţi copii să se cunoască, să se integreze şi să se înţeleagă mai bine unii pe alţii.

Totuşi, integrarea reală rămâne un proces extrem de complex, care nu poate fi realizat prin simpla desfiinţare a învăţământului special şi includerea automată a diferitelor categorii de deficienţi în reţeaua învăţământului de masă. Nu toţi copii sunt capabili să refacă handicapul dezvoltării psihice, volumul de cunoştinţe, priceperi şi deprinderi Aceştia

au nevoie de condiţii speciale de instrucţie şi educaţie, pe măsura posibilităţilor lor limitate şi de însuşi defectul organic.

Chiar integrarea deficienţilor fizici, în urma unui proces de recuperare specială intensivă nu se obţine prin lichidarea specificităţii muncii psihopedagogie, ci prin optimizarea şi intensificarea ei. Problema este când trebuie efectuată integrarea ? Cât de deplină trebuie să fie ea ? Care dintre deficienţii fizici pot şi trebuie să fie integraţi? Răspunsurile la aceste întrebări sunt greu de dat. Cert este că, în majoritatea ţărilor „integrarea" este rezolvată mai mult individual, este spontană şi sporadică.

1.2. Delimitări conceptuale

În literatura de specialitate se vehiculează diferiţi termeni, care, în esenţă, au aceeaşi semnificaţie. Diferenţele privesc nu atât conţinutul termenilor cât, mai ales, nivelul de extindere asupra întregului domeniu sau de referinţă la toate categoriile de persoane care prezintă abateri de la standardul de normalitate.

Conceptul de **normalitate** are o semnificaţie generală ce are în vedere întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei sau o semnificaţie particulară, care cuprinde o grupă de trăsături sau un grup de însuşiri (fizice, senzoriale, de caracter, mintale etc.). Persoanele care au o dezvoltare medie şi manifestă capacităţi de adaptare echilibrată la condiţiile mediului înconjurător, atunci când sunt raportate la grupuri de aceeaşi vârstă şi cu acelaşi standard cultural, sunt considerate ca fiind normale. Orice abatere, peste o anumită toleranţă, pozitivă sau negativă, este considerată anormalitate. Astfel, caracteristicile diferitelor categorii de deficienţi, ca şi cele ce duc la disponibilităţi superioare, se subsumează

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

conceptului de **anormalitate.** De obicei, noţiunea de anormalitate are o încărcătură predominant negativă şi se referă la persoanele cu o insuficienţă, un retard în dezvoltare, abateri compo[illegible]ntale (delincvenţii şi cei cu tulburări de caracter), bolnavii psihici, precum şi la cei care se află în stare critică din punct de vedere senzorial, locomotor ,de limbaj sau mintal. În mod frecvent se foloseşte termenul de **subnormalitate,** deşi această noţiune are un caracter general şi o semnificaţie traumatizantă, totuşi se utilizează în scopul atenţionării asupra problemelor educative-recuperativ-sociale. În opoziţie cu termenul de subnormalitate, se foloseşte adeseori termenul de **supranormalitate,** în care sunt încadrate toate persoanele ce manifestă capacităţi deosebite/supradotaţi. Folosirea acestui termen este riscant atât în plan psihologic cât şi social, deoarece etichetarea unei persoane ca „supranormal" poate imprima un întreg cortegiu de atitudini negative (comportament egoist, infatuat, capricios, tendinţă de izolare etc). Totuşi, sunt situaţii în care unor copii cu disponibilităţi psiho-fizice trebuie să li se asigure condiţii deosebite pentru valorificarea lor maximală.

Cu o frecvenţă mai mică se foloseşte termenul **excepţie**, pentru a scoate în prim plan capacităţile deosebite ale unei persoane într-un anumit domeniu de activitate. Imprecizia este evidentă şi cuprinde o gamă prea variată de manifestări ce nu sunt sugerate de conţinutul termenului. O situaţie similară se referă şi la termenii de **retardaţi, înapoiaţi, întârziaţi, dificili** sau cu **dificultăţi, neadaptaţi** sau **inadaptaţi, tulburare** etc., care se găsesc sporadic în unele lucrări şi au o poziţie de sinonimie cu conceptul de handicap.

Din punct de vedere medical se tratează în primul rând **defectul-***termen ce vizează lezarea, deteriorarea sau chiar absenţa unui organ sau*

segment al corpului. Un defect organic poate să apară în urma unui proces patologic, ca efect al unui traumatism sau ca o anomalie congenitală de dezvoltare (malformaţie) a organului, aparatului sau sistemului respectiv. Deci defectul, din perspectivă medicală, reprezintă un fel de boală şi este tratat ca atare. Tratamentul medical al defectului rezidă în utilizarea celor mai adecvate mijloace şi intervenţii (medicamentoase, chirurgicale, fizioterapeutice etc.) îndreptate spre înlăturarea defectului şi, implicit, restabilirea funcţiei organului defect.

Atunci când defectul afectează, tulbură substanţial relaţiile individului cu mediul social, când defectul îl împiedică să reflecte realitatea obiectivă, vorbim despre deficienţă.

Termenul de **deficienţă** semnifică absenţa sau pierderea unei structuri sau funcţii în urma unei maladii. Între defect (fenomen organic) şi deficienţă (tulburare a relaţiei cu mediul social) deosebirea este de natură psihologică şi socială. Din punctul de vedere al specialistului în psihopedagogie specială defectul ca atare, adică un organ mai mult sau mai puţin defect, interesează mai puţin. Din punct de vedere psihologic ne interesează omul care prezintă o anumită deficienţă sau defectivitate. De altfel, Organizaţia Mondială a Sănătăţii face următoarea distincţie între deficienţă (orice pierdere sau anomalie a structurii sau funcţiei psihologice, fiziologice sau anatomice) şi incapacitate (orice restricţie sau lipsă- rezultând dintr-o deficienţă a capacităţii de a efectua o activitate în cadrul a ceea ce se consideră normal pentru fiinţa umană.

Handicapul este un dezavantaj social pentru o persoană, rezultând dintr-o deficienţă sau o incapacitate, care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol care este normal, depinzând de vârstă, sex, factori sociali şi culturali, pentru acea persoană. Handicapul este deci o funcţie a

relației dintre persoanele cu incapacități și mediul lor înconjurător. Handicapul este pierderea sau limitarea ocaziilor de a lua parte la viața comunității la un nivel egal cu a celorlalți. Unii specialiști folosesc cu precădere termenul de handicap, căruia îi conferă o accepțiune similară termenului de deficiență. Strict științific „deficiența se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu și ia în considerare și stările critice ce apar prin educație deficitară, condițiile de mediu ce defavorizează evoluția normală, perturbările funcționale sau destructurarea lor, inadaptările, obișnuințele și comportamentele neadaptative, întârzierile, retardurile și privațiunea temporară de a funcționa etc."(E. Verza , 1996)

Disabilitatea corespunde nivelului persoanei, respectiv consecințele deficienței asupra sarcinilor, abilităților și ocupației persoanei. Potrivit definiției ICIDH, disabilitatea constă în orice restrângere sau lipsă (ca rezultat al deficienței) a abilității de a desfășura o activitate într-un mod considerat obișnuit pentru o ființă umană.

În literatura de specialitate, în defectologie/psihopedagogie specială, sunt utilizate mai multe noțiuni care desemnează atât demersul educativ cât și acțiunea complexă de compensare, recuperare, reeducare, reabilitare, corectare.

Compensarea este un proces adaptativ care se realizează mai mult sau mai puțin conștient și care tinde să restabilească echilibrul dereglat al unui sistem complex așa cum este și organismul uman. Echilibrul se dereglează la suprasolicitarea mediului (natural sau social). În unele situații compensarea se poate realiza pe cale organică, funcțională sau mixtă. *Recuperarea* presupune utilizarea (totală sau parțială) a ceva care altfel s-ar

pierde. Recuperarea poate fi *biologică* (prin operații, protezare, medicație, etc.) și *socială* (pregătirea pentru integrarea socio-profesională). La surdo-muți, de exemplu, se pune problema recuperării, în perioada optimă, a resturilor auditive și a învățării comunicării verbale. Termenul de **reeducare** are o sferă foarte largă și se referă la reeducarea tulburărilor de comportament, motrice, motrice, a limbajului (în cazul afaziei) etc. La surdo-muți, de exemplu, se pune problema reeducării auditive (exersarea reziduurilor) pe cale naturală sau tehnică.

Reabilitarea este procesul complex de redobândire a unui statut normal. Reabilitarea și recuperarea se referă la un sistem larg de măsuri (acțiuni) medicale, pedagogice, profesionale, culturale și sociale coordonate în vederea formării personalității copilului deficient și a integrării lui în micro- și macroclimatul social și profesional.

Corectarea constă în îndreptarea și înlăturarea deprinderilor greșite.

Atunci când se pun probleme referitoare la prevenirea obstacolelor privind copiii deficienți se folosesc termeni, precum **prevenție** - adică măsuri profilactice pentru prevenirea instalării handicapului (mental, senzorial, fizic, psihic, etc.). Prevenția presupune elaborarea unei strategii pentru reducerea incidenței deficienței și incapacității; **reabilitarea** este un proces organizat de recuperare a persoanei cu handicap (după instalare) menit să-i formeze un nivel optim de funcțiune în plan mental, fizic și social, prin educație, compensare și protezare. Pentru inițierea unor acțiuni de reabilitare a persoanelor cu handicap, permanent se are în vedere respectarea personalității handicapatului. De asemenea este necesar ca persoanele handicapate să participe activ la decizii cu privire la soarta și viitorul lor (mai puțin deficienții mintal sever); **egalizarea șanselor** (normalizarea) presupune crearea condițiilor pentru persoanele handicapate

de a beneficia de drepturi şi îndatoriri în societate ca cei cu o dezvoltare normală şi anume: condiţii de locuit, transport, sănătate, sport, viaţă culturală, educare-compensare, ocrotire etc.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAPITOLUL 2
STRATEGII RECUPERATORII ÎN PSIHOPEDAGOGIA ÎNVĂȚĂMÂNTULUI SPECIAL

2.1. Principiile învățământului special

Dintre puținele științe, pedagogia generală, este una care nu are legi generale și specifice. Cu toate acestea nimeni nu poate nega valoarea pedagogiei, necesitatea pedagogizării activităților de dezvoltare a personalității ființei umane începând de la naștere. Pedagogia, în special didactica, se bazează pe un număr relativ redus de principii care și-au dovedit valabilitatea și necesitatea parcurgerii lor în demersul dezvoltării psiho-fizice a omului.

Psihopedagogia învățământului special se bazează, fără îndoială, pe aceleași principii ale didacticii învățământului de masă, dar își consolidează acțiunea de educare-reeducare pe o serie de principii cu caracter specific.

Principiile psihopedagogice au un *caracter general-normativ, sistemic și dinamic, deschis.*

a) Caracterul general-normativ al principiilor pedagogice

b) Caracterul sistemic, interacționist al principiilor pedagogice

c) Caracterul dinamic, deschis al principiilor pedagogice

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Din punctul de vedere al psihologiei educaţiei şi dezvoltării principiile psihopedagogiei ar fi Principiul psihogenetic al stimulării şi accelerării dezvoltării stadiale a inteligenţei.

Conform constructivismului psihogenetic piagetian, inteligenţa se formează şi se dezvoltă stadial, graţie schimburilor sistematice cu mediul socio-cultural, educaţional, prin procesul de asimilare-acomodare/echilibrare, de nuanţă progresivă.

Bruner (1970) a elaborat şi el o teorie psihogenetică a inteligenţei, considerând dezvoltarea intelectuală ca un proces de interiorizare a *procedeelor de acţiune*, a *celor imaginative* şi de *simbolizar.* ". În opinia sa, orice temă din programă poate fi prezentată în forme care să pună accent fie pe acţiuni obiectuale, fie pe imagini, fie pe mijloace verbale. **Vîgotski** *(1971), menţionează faptul că,* ceea ce copilul reuşeşte să-şi apropie "astăzi" cu ajutorul adultului, devine "mâine" eveniment al activităţii proprii, independente, de sine stătătoare, şi, implicit, câştig al dezvoltării . Principiul psihogenetic al stimulării şi accelerării dezvoltării stadiale a inteligenţei trebuie, însă, privit diferenţiat, dacă avem în vedere şi teoria inteligenţelor multiple elaborată de **Gardner** (1996), care consideră că, în realitate, există şapte forme ale inteligenţei, care acoperă, prin specificul şi nuanţele lor, ansamblul capacităţilor umane(*.inteligenţă verbală, logico-matematică, spaţială, corporală şi kinestezică, muzicală, interpersonală şi intrapersonală).*

Principiul învăţării prin acţiune (Janet, Piaget, Galperin ş.a.) asigură şi totodată presupune participarea conştientă a elevilor în procesul de predare-învăţare, de instruire şi autoinstruire, de educaţie şi autoeducaţie. Cu alte cuvinte, principiul învăţării prin acţiune (respectiv prin acţiuni obiectuale şi acţiuni mintale) se îngemănează cu vechiul

principiu al participării conştiente şi active a elevilor în cadrul procesului de învăţământ.

Principiul construcţiei componenţiale şi ierarhice a structurilor intelectuale, ne ajută să înţelegem şi să proiectăm adecvat dezvoltarea în ontogeneză în cadrul diverselor stadii ale evoluţiei inteligenţei copiilor, sub influenţa instrucţiei şi educaţiei, a tuturor capacităţilor (componentelor) cognitive care se structurează în tipuri (forme) ale capacităţii de învăţare, tot mai complexe, structurate ierarhic.

Principiul stimulării şi dezvoltării motivaţiei pentru învăţare

Principiul stimulării şi dezvoltării motivaţiei cognitive se impune ca o necesitate pentru a găsi căile trecerii de la motivaţia extrinsecă la cea intrinsecă, pentru evitarea nemotivării şcolare, pentru trecerea de la motivaţia nemijlocită a sarcinii la motivaţia socială a învăţării. În activitatea didactică se urmăreşte dezvoltarea motivaţiei cognitive pentru ca elevii să atingă competenţele gândirii logico-matematice şi să utilizeze ori de câte ori este posibil strategiile de raţionament operaţional formal. Se ştie că omul foloseşte în viaţa cotidiană strategiile de gândire în scopuri diverse, adesea grevate de emoţii şi sentimente, de motive multiple.

Într-o enumerare aproximativă, principiile învăţământului special ar fi următoarele :

a) **Principiul prevenţiei declanşării deficienţelor, incapacităţilor handicapurilor mintale, senzoriale, fizice, comportamentale şi de limbaj, atunci când acestea apar drept consecinţe negative biofizice, psihologice sau sociale**. Acest principiu evidenţiază necesitatea unor acţiuni întreprinse de specialişti vizând domeniile sănătăţii, educaţiei, muncii şi protecţiei sociale, a comunităţii în general.

b) Principiul educației precoce, bazată pe depistarea timpurie a condițiilor declanșării unor dizabilități, a asigurării unei terapii adecvate vârstei și tipologiei deficienței;

c) Asigurarea structurilor de sprijin și a tuturor serviciilor necesare unei educații speciale pentru fiecare copil cu cerințe educative speciale;

d) Depistarea, stimularea oricăror disponibilități și capacități psihomotrice, cognitive, de limbaj, afectiv-volitive și adaptative considerate ca potențiale, compensative, la copilul aflat în dificultate;

e) Instituirea unei educații școlare care să atingă calitățile similare celei oferite copiilor de aceeași vârstă în condiții și instituții școlare cât mai apropiate de cele obișnuite;

f) Cooperarea cadrelor didactice și a specialiștilor din domeniu cu instituțiile și autoritățile care au responsabilități în educația copiilor cu cerințe educative speciale și cu asociațiile/organizațiile de profil, în special cu cele ale părinților care au preocupări în acest subsistem educațional;

g) Egalizarea șanselor (Regulile standard privind egalizarea șanselor pentru persoanele cu cerințe speciale. Probleme de integrare a copiilor cu Cerințe Educative Speciale), adică accesul la mediul cultural, fizic, condiții de locuit, transport, servicii sociale și de sănătate, viață culturală și socială, posibilități de recreere și practicare a sporturilor prin eliminarea obstacolelor sociale, dreptul la educație pentru persoanele cu deficiențe sau handicap indiferent de forma, tipul sau severitatea acestora. În acest sens se impune includerea copiilor cu deficiențe într-un mediu educativ, care să fie cât mai puțin restrictiv și cât se poate mai puțin separat de cel al copiilor de aceeași vârstă.

Concepte cheie: egalizarea şanselor, facilitatori (protecţia persoanelor cu handicap), dizabilitate, includere, integrare.

Dizabilitate - termen generic pentru deficienţe (afectări), limitări de activitate şi restricţii de participare.

Facilitatori (protecţia persoanelor cu handicap) - factori din mediul unei persoane, care, prin absenţa sau prezenţa lor, ameliorează funcţionarea şi reduc dizabilitatea.

Includere / incluziune comunitară - apartenenţă participativă (efectivă şi responsabilă) a persoanelor cu dizabilităţi la comunitate.

Integrare comunitară (protecţia persoanelor cu handicap) - acces şi participare, în condiţii de autonomie personală, la oportunităţile (educaţie, muncă, cultură, etc.) oferite de comunitatea de apartenenţă a persoanei cu handicap.

Integrare familială (protecţia persoanelor cu handicap) - participare la viaţa familiei, atitudine de acceptare a persoanei cu handicap în familie.

Recunoaşterea drepturilor egale pentru toţi oamenii, inclusiv copii, fără nici o discriminare, presupune că nevoile fiecărui individ au importanţă egala. Aceste nevoi trebuie să stea la baza planurilor făcute de societate şi deci, *egalizarea şanselor* se refera la procesul prin care diversele sisteme ale societăţii şi mediului, ca, de pilda, serviciile, activităţile, informaţiile, documentarea, sunt puse la dispoziţia tuturor şi, în particular, a persoanelor cu dizabilităţi. Egalizarea şanselor trebuie înţeleasă ca drept al persoanelor şi copiilor cu dizabilităţi de a rămâne în comunitate şi de a primi sprijinul necesar în cadrul structurilor obişnuite de educaţie, sănătate, a serviciilor sociale şi de încadrare în muncă.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Organizaţia Naţiunilor Unite a elaborat şi promovat un set de reguli care să asigure persoanelor cu cerinţe speciale aceleaşi drepturi şi obligaţii ca şi persoanelor normale. Principalele reguli care trebuie să susţină egalizarea şanselor pentru persoanele cu handicap sunt:

❖ **Sporirea gradului de conştientizare** - fiecare stat trebuie să iniţieze şi să sprijine campaniile de informare în legătură cu politica şi problematica persoanelor cu cerinţe speciale prin programele şi serviciile iniţiate sau existente în fiecare comunitate, astfel încât să se încurajeze o reprezentare şi o atitudine pozitiva faţă de imaginea persoanelor cu handicap în mediile de informare.

❖ **Îngrijirea medicală** - fiecare stat trebuie să asigure programe şi servicii pentru depistarea timpurie, evaluarea şi tratamentul deficienţelor, precum şi programe care să asigure prevenirea şi înlăturarea unor deficienţe apărute la populaţii sau persoane cu grad mare de risc.

❖ **Reabilitarea** - fiecare stat are obligaţia să dezvolte programe naţionale de reabilitare pentru toate categoriile de persoane cu handicap, bazate pe principiile deplinei participări şi ale egalităţii şi care să includă o paletă largă de activităţi destinate formării aptitudinilor de bază, îmbunătăţirii sau compensării funcţiilor afectate, consilierii persoanelor cu handicap şi a familiilor acestora, dezvoltării încrederii în sine, organizării de servicii ocazionale pentru evaluare, orientare şi inserţie socială etc.

❖ **Serviciile de sprijin** - fiecare stat trebuie să asigure dezvoltarea, producerea şi furnizarea de echipamente, instrumente şi dispozitive necesare susţinerii persoanelor cu handicap (ca o măsură importantă în favoarea egalizării şanselor), precum şi facilitarea achiziţiei de know-how tehnic, asigurarea service-ului pentru dispozitivele şi echipamentele respective, facilitarea achiziţiei lor de către persoanele cu

handicap (proteze de toate tipurile, instalaţii, maşini şi echipamente de producţie adaptate pentru persoana deficientă, ateliere de producţie protejate, soft adaptat pentru persoane cu anumite tipuri de deficienţă etc.).

❖ **Accesibilitatea** - fiecare stat trebuie să introducă programe de acţiune pentru a favoriza accesul persoanelor cu handicap în mediul fizic înconjurător (accesul stradal,accesul în instituţiile publice şi la serviciile comunitare, securitate în spaţii aglomerate etc.), precum şi accesul acestor persoane la informare şi comunicare (sistemul Braille, servicii de înregistrare pe suport magnetic, grafică adecvată şi limbajul semnelor pe canalele TV de informare, reţele informatizate adaptate pentru fiecare categorie de deficienţă în parte etc.).

❖ **Educaţia** - fiecare stat este responsabil de asigurarea şanselor egale la educaţie primară, secundară, pregătire profesională sau educaţie superioară a copiilor, tinerilor şi adulţilor cu handicap, de facilitarea învăţământului integrat, flexibilizarea, îmbogăţirea şi adaptarea curriculumului şcolar, de pregătirea continuă a personalului didactic şi de specialitate, încurajarea comunităţilor să folosească şi să dezvolte propriile resurse pentru a asigura educaţia la nivel local a persoanelor cu handicap.

❖ **Ocuparea forţei de muncă** - fiecare stat trebuie să elaboreze legi şi regulamente care să sprijine activ integrarea persoanelor cu handicap în activităţi de producţie printr-o varietate de măsuri cum ar fi: calificare profesională de calitate, sisteme de rezervare sau de protejare a locurilor de muncă, împrumuturi şi garanţii pentru micii întreprinzători, contracte exclusive sau drepturi prioritare de producţie, facilităţi fiscale etc.

❖ **Asistenţa în domeniul veniturilor şi protecţia socială** - fiecare stat este responsabil pentru asigurarea protecţiei sociale şi pentru

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

garantarea sprijinului financiar adecvat întreţinerii unei persoane cu handicap. Programele de protecţie socială trebuie să includă şi măsuri de stimulare a persoanelor cu handicap să ocupe locuri de muncă, pentru a evita dependenţa totală faţă de sprijinul financiar al statului şi pentru a participa activ la viaţa socială şi de producţie a comunităţii, premisă a integrării lor în societate.

❖ <u>Viaţa de familie şi integritatea personală</u> - fiecare stat trebuie să promoveze participarea deplină a persoanelor cu handicap la viaţa de familie şi să asigure dreptul acestora la intimitate şi integritate personală, evitarea discriminărilor referitoare la relaţiile sexuale, căsătorie şi exercitarea rolului de părinte, în special în cazul fetelor şi femeilor cu handicap.

❖ <u>Cultura</u> - fiecare stat trebuie să asigure persoanelor cu handicap posibilitatea de a-şi utiliza potenţialul creativ, artistic şi intelectual, atât în beneficiul propriu, cât şi în beneficiul comunităţii în care trăiesc, accesul în instituţiile de cultură (teatre, biblioteci, muzee, cinematografe etc.).

❖ <u>Activităţile recreative şi sportive</u> - fiecare stat trebuie să iniţieze măsuri pentru accesul persoanelor cu handicap în locurile de petrecere a timpului liber şi practicare a sporturilor (parcuri de distracţii, hoteluri, plaje, arene sportive, săli de gimnastica etc.) şi să pregătească personalul din aceste unităţi pentru relaţionarea şi sprijinirea persoanelor deficiente în situaţiile mai dificile.

❖ <u>Religia</u> - fiecare stat va încuraja măsurile de participare egală a persoanelor cu handicap la viaţa religioasă a comunităţii din care fac parte, inclusiv accesul acestora la literatura religioasă şi implicarea autorităţii

BCU "I. CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

religioase la programele de educaţie religioasă şi de practicare a religiei de către persoanele cu handicap.

❖ **Informaţiile şi cercetarea** - fiecare stat are responsabilitatea informării opiniei publice cu privire la condiţiile de viaţă ale persoanelor cu handicap şi trebuie să susţină programe de cercetare în domeniul problemelor sociale, economice şi al participării la viaţa societăţii care afectează existenţa persoanelor cu handicap şi familiile acestora.

❖ **Stabilirea de politici sociale, economice şi planificarea programelor de intervenţie** - fiecare stat trebuie să iniţieze şi să planifice, la nivel naţional, politici adecvate nevoilor persoanelor cu handicap, să aloce fonduri pentru susţinerea organismelor guvernamentale şi nonguvernamentale care acţionează în favoarea persoanelor cu handicap, să stimuleze şi să sprijine programele de intervenţie la nivel regional şi local care vin să rezolve cerinţele şi problemele persoanelor aflate în dificultate.

❖ **Legislaţia** - fiecare stat trebuie să asigure prin legislaţie drepturile şi obligaţiile persoanelor cu handicap, condiţiile ca aceste persoane să-şi poată exercita toate drepturile pe bază de egalitate cu ceilalţi cetăţeni, posibilitatea ca organizaţiile persoanelor cu handicap să se implice în dezvoltarea şi ameliorarea legislaţiei naţionale referitoare la problematica persoanelor cu cerinţe speciale, dând sancţiuni corespunzătoare în cazul nerespectării principiilor nondiscriminării.

❖ **Instruirea personalului** - fiecare stat trebuie să asigure pregătirea adecvată, la toate nivelurile, a personalului implicat în planificarea şi furnizarea de programe şi servicii pentru persoanele cu handicap, să includă dezvoltarea competenţelor şi tehnologiilor moderne de acţiune în sprijinul acestora, precum şi să faciliteze colaborarea cu

BCU "ASTRA" UNIVERSITY LIBRARY

familiile, personalul din şcoli şi unităţile de asistenţă şi ocrotire, cu membrii comunităţii, pentru a creşte eficienţa programelor şi serviciilor adresate persoanelor cu cerinţe speciale.

❖ **Organizaţiile persoanelor cu handicap** - fiecare stat trebuie să recunoască drepturile organizaţiilor persoanelor cu handicap de a reprezenta aceste persoane la nivel naţional, regional şi local, rolul consultativ al acestor organizaţii în luareadeciziilor referitoare la problemele celor pe care îi reprezintă, participarea lor la dezvoltarea politicilor guvernamentale în domeniu.

❖ **Cooperarea internaţională** între organizaţiile nonguvernamentale care se ocupă de problemele persoanelor cu handicap, instituţiile de cercetare, reprezentanţii programelor de acţiune în acest domeniu şi cei ai grupurilor profesionale interesate de problemele persoanelor aflate în dificultate, organizaţiile persoanelor cu handicap, comitetele naţionale de coordonare a instituţiilor şi programelor de intervenţie pentru persoanele cu handicap.

❖ **Urmărirea şi evaluarea la nivel naţional** a modului de implementare a regulilor în cadrul programelor pentru persoanele cu handicap şi diseminarea informaţiilor cu privire la rezultatele şi eficienţa acestor programe.

În acord cu noile măsuri instituite pe plan mondial privind protecţia şi educaţia persoanelor cu handicap şi în conformitate cu prevederile Constituţiei şi ale Legii învăţământului, ţara noastră a intrat într-o etapă de transformări radicale ale sistemului de educaţie, în spiritul egalizării şanselor, pentru copiii, tinerii şi adulţii cu deficienţe sau incapacităţi. *Copiii cu cerinţe educative speciale* pot fi integraţi fie în unităţi distincte de învăţământ special, fie în grupe şi clase speciale din unităţi preşcolare şi

şcolare obişnuite, fie, în mod individual, în unităţi de învăţământ obişnuite. Analizând organizarea şi funcţionarea procesului de asistenţă şi educaţie a persoanelor cu handicap, se pot desprinde următoarele observaţii:

• pe timpul şcolarizării, copiii cu cerinţe educative speciale au acces la toate sursele de reabilitare/recuperare psihopedagogică, medicală şi sociala, la serviciile de asistenţă necesare şi disponibile în comunitate sau în unităţile specializate, inclusiv în cele de învăţământ special;

• evaluarea, expertizarea, orientarea şi reorientarea şcolara şi profesionala a copiilor cu cerinţe educative speciale, precum şi stabilirea tipului şi gradului de handicap revin unor comisii de expertiză complexă; principiile evaluării, expertizării, orientării şi reorientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educative speciale vor avea în vedere:

- examinarea globala şi individualizată a fiecărui copil în parte cu privire la întregul său potenţial de dezvoltare şi învăţare;
- expertiza şi evaluarea complexa, care include examinarea medicală, psihologica, pedagogica şi sociala a copilului;
- flexibilitatea şi reversibilitatea deciziei de expertiza şi orientare, cu deosebire între vârsta de 3 şi 12 ani;

• categoriile copii sau elevi cu cerinţe educative speciale (tipuri de handicap şi/sau dificultăţi de învăţare) care intra în competenţa comisiilor de expertiză complexa sunt:

- copii/elevi cu deficienţe mintale;
- copii/elevi cu deficienţe senzoriale (vizuale şi auditive);
- copii/elevi cu deficienţe fizice;
- copii/elevi cu deficienţe sau tulburări de limbaj;
- copii/elevi cu dificultăţi sau tulburări de învăţare;

- copii/elevi cu deficienţe sau tulburări socioafective şi de comportament (inclusiv copii cu autism);
- copii/elevi cu deficienţe asociate;
- copii şi tineri handicap, nedeplasabili în vârstă de până la 30 de ani, care nu se pot integra în structurile învăţământului obişnuit.

h) Instituirea unei educaţii şcolare care să atingă calităţile similare celei oferite copiilor de aceeaşi vârstă în condiţii şi instituţii şcolare cât mai apropiate de cele obişnuite;

i) Cooperarea cadrelor didactice şi a specialiştilor din domeniu cu instituţiile şi autorităţile care au responsabilităţi în educaţia copiilor cu cerinţe educative speciale şi cu asociaţiile/organizaţiile de profil, în special cu cele ale părinţilor care au preocupări în acest subsistem educaţional.

Sintetizând conţinutul principiilor se desprind două demersuri esenţiale, pe care specialiştii în domeniu, alături de organisme/organizaţii şi mai ales familii, trebuie să le aprofundeze:

- **Prevenirea deficienţelor, incapacităţilor şi a handicapurilor**

Unul din sloganurile domeniului medicinei susţine că este mult mai greu să tratezi o boală decât să o previi.

Reducerea incidenţei deficienţelor, incapacităţilor şi a handicapurilor necesită elaborarea unei strategii de prevenţie în care sunt incluşi o mulţime de factori, în care rolul dominant revine guvernului, forurilor înalte în vederea eradicării unor cauze economice, sociale, politice etc. Sunt necesare programe de prevenţie coordonate la toate nivelurile societăţii.

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cele mai importante măsuri de prevenire a deficienţelor încep cu evitarea războaielor, ameliorarea igienei, ameliorarea sistemului de îngrijire medicală primară pentru toate categoriile populaţiei, în special în zonele rurale şi chiar în suburbiile marilor oraşe, unde condiţiile igienico-sanitare sunt precare. Se impune cu necesitate îngrijirea medicală, în special a viitoarelor mame, îndrumări şi sfaturi pentru mame şi copii, activităţi de consiliere în domeniul planning - ului familial şi al organizării vieţii de familie. De asemenea, se simte nevoia unor programe de intervenţie în ameliorarea obiceiurilor alimentare îndreptate către anumite categorii de populaţie, care prezintă un risc crescut datorită deficitului de vitamine şi instituirea unor acţiuni de sprijin în procurarea hranei corespunzătoare, în special pentru mame şi copii. Nu poate fi neglijată nici grija pentru ameliorarea serviciilor medicale a familiilor vulnerabile, vaccinarea şi supravegherea bolilor transmisibile şi a infecţiilor; sfătuirea părinţilor cu privire la factorii genetici şi prenatali; introducerea unor regulamente care să prevadă reducerea accidentelor în diferitele ramuri industriale, în sectoarele agricole, în circulaţie şi chiar în sfera domestică; oferirea unor programe de protecţie a stării de sănătate şi de prevenire a instalării unor handicapuri sau boli profesionale, ca şi împiedicarea agravării celor instalate deja.

Atenţie sporită trebuie acordată ameliorării protecţiei mediului, controlul poluării, măsuri de prevenire a folosirii imprudente a medicamentelor, a drogurilor, a unor substanţe stimulante sau depresive, a alcoolului şi tutunului, în special de către viitoarele mame.

Aceleaşi măsuri de prevenţie se urmăresc şi în rândul copiilor preşcolari. În domeniul sănătăţii publice se impun o serie de activităţi educative, care să recomande cu insistenţă adoptarea unui stil de viaţă care

să ofere maximum de protecţie prin evitarea şi înlăturarea, pe cât posibil, a cauzelor prenatale, perinatale şi postnatale ale handicapurilor. Pentru ca această recomandare să-şi găsească aplicabilitatea este nevoie de o informare şi educare susţinută a publicului şi de formare a specialiştilor, care să susţină campanii de prevenire a apariţiei handicapurilor. Important este faptul ca nu numai personalul medical, ci şi cel paramedical şi, în primul rând, cadrele didactice să posede o pregătire adecvată pentru a se preocupa de o reală prevenire şi chiar de intervenţie în cazuri de urgenţă. Se recomandă cunoaşterea cât mai exactă a simptomelor şi semnelor handicapului, pentru a se lua imediat măsuri şi acţiuni de remediere, care pot preveni handicapul sau cel puţin să conducă la o reducere semnificativă a severităţii deficienţei, pentru împiedicarea transformării acestor stări în ceva permanent. *În toată această acţiune, acolo unde deficienţele au apărut, familiile trebuie să beneficieze de o orientare şi educare adecvată.*

- **Reabilitarea/recuperarea funcţiilor pierdute**

Procesul de dezvoltare şi maturizare a copiilor cu cerinţe educative speciale, necesită o atenţie sporită din partea factorilor cu responsabilităţi în această direcţie, prin organizarea unor activităţi adecvate, diversificate.

Cea mai importantă şi amplă acţiune a factorilor de intervenţie este depistarea şi stabilirea cât mai exactă a diagnosticului şi intervenţia timpurie a tuturor organismelor implicate, şi nu în ultimul rând al factorilor educativi. În mod firesc, părinţii care sesizează existenţa unui defect sau maladii apelează la medic. Mai puţin este îndreptăţită atitudinea unor părinţi la aflarea unui diagnostic stabilizat de a nu accepta faptul ca atare şi de a investiga alţi medici şi alte terapii, neglijând sau chiar ignorând necesitatea instituirii unor acţiuni educative cu caracter recuperator. De

altfel, practica tradiţională s-a bazat pe scheme de tratamente şi servicii oferite în mediul instituţional (spitale), adesea conduse exclusiv de cadre medicale. Situaţia trebuie treptat ameliorată de programe în care, pe lângă serviciile medicale, să fie implicate şi cele pedagogice, sociale, în ideea sprijinirii familiei pentru depăşirea consecinţelor determinate de situaţia apărută. Comunitatea, de asemenea, trebuie implicată în sensul înţelegerii faptului că orice persoană cu handicap, mai mult sau mai puţin sever, este menită să trăiască, să se dezvolte şi să se manifeste independent, dacă li se oferă servicii adecvate.

În activitatea de recuperare se pune accentul, în primul rând, pe abilităţile individului, sens în care se găsesc unele resurse pentru recuperare şi în familiile persoanelor cu incapacităţi. Important este ca familia să nu ajungă la acte de disperare, să se menţină unită, pentru a îndeplini în condiţii optime procesul reabilitării deficientului. Pentru aceasta trebuie valorificate la maximum obiceiurile şi structurile familiei şi chiar ale comunităţii, promovându-se abilităţile necesare acestora, de a răspunde nevoilor individului handicapat. Important este ca recuperarea, sprijinită de serviciile comunităţii, să se deruleze în mediul firesc, în cadrul structurilor existente (de exemplu, în policlinica localităţii, într-o instituţie de învăţământ, etc.), apelând la instituţii specializate numai în măsura în care este necesară educaţia specială

Programele de recuperare trebuie să includă pregătire de autoservire, autonomie personală de mobilitate, de comunicare şi alte abilităţi necesare vieţii cotidiene. Aceste programe trebuie să permită persoanelor cu handicap să ia parte la planificarea şi organizarea acţiunilor pe care ele şi familiile lor le consideră necesare pentru recuperare.

Procesul de recuperare necesită uneori proteze tehnice sau echipamente materiale, situaţie în care se impune ca personalul specializat să asigure acţiuni de utilizare şi acomodare în folosirea acestora. Pentru orice activitate recuperatorie, persoanele deficiente nu trebuie separate de familia şi comunitatea lor. Durata staţionării în instituţii specializate, ca şi reinternările , trebuie să fie cât mai reduse, în schimb trebuie intensificate eforturile de a dezvolta servicii de recuperare ce pot fi integrate în alte servicii (în şcoli), care să fie cât mai uşor accesibile.

2.2. Metodele psihopedagogiei speciale

Ştiinţă de graniţă între psihologie şi pedagogie, Psihopedagogia Specială se foloseşte de metodele acestor ştiinţe, imprimându-le un caracter specific, în funcţie de tipul de handicap, de gravitatea acestuia, de existenţa unui cumul de deficienţe (pentru deficienţii de auz şi pentru cei cu tulburări de vorbire). Metodele bazate pe probe nonverbale şi pe studiul unor comportamente practic-acţionale pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activităţii psihice în comparaţie cu acele tehnici în care sunt implicate construcţii verbale; pentru deficienţii de vedere se vor evita metodele care se bazează exclusiv pe stimuli vizuali etc. Cel mai frecvent sunt folosite următoarele metode: observaţia, experimentul, testele, conversaţia, analiza produselor activităţii, anamneza etc.

a) Observaţia:

- are drept scop culegerea unor date cu privire la comportamentul deficienţilor, caracteristicile şi evoluţia lor psihică, nivelul deprinderilor şi a aptitudinilor intelectuale;

- are avantajul de a permite studiul subiectului în condiţiile obişnuite de activitate, evitând situaţiile artificiale;

- cercetătorul să-şi fixeze locul de desfăşurare a observaţiei, scopul, să-şi noteze în protocol datele observate, să-şi procure din timp mijloacele tehnice de înregistrare (dacă este cazul);

- subiectul nu trebuie să ştie că este observat în mod special;

- etc.

b) **Experimentul:**

- **natural** – se desfăşoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea desfăşurată de către subiect, la care se solicită răspuns, sau prin organizarea unor activităţi (ludice, de învăţare, de formare a deprinderilor practice etc.) în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situaţii deosebite. De exemplu, experimentul psihopedagogic răspunde acestor cerinţe şi îşi dovedeşte utilitatea în procesul instructiv-educativ, când se pot preda unele cunoştinţe prin alte metode decât cele obişnuite pentru a le verifica eficienţa etc. ;

- **experimentul de laborator** – are loc în laborator, deoarece pentru măsurarea şi înregistrarea reacţiilor subiectului trebuie folosită aparatură specială, fiind necesară o mai mare precizie.

c) **Testele:**

- probe standardizate şi etalonate, cu mare răspândire pentru valoarea rezultatelor. Testele pot fi aplicate colectiv sau individual şi sunt adaptate la nivelul vârstei. În general, testele vizează o însuşire, o funcţie sau un proces psihic şi nu ansamblul psihismului uman. Nu toate testele ce se aplică la persoanele cu dezvoltare psihică normală pot fi utilizate şi la diferitele categorii de deficienţi, deoarece unele depăşesc nivelul de înţelegere şi capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerinţele

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

probei. Multe teste au fost adaptate, de către specialişti, specificului diferitelor categorii de deficienţi. Pentru unele categorii de deficienţi, de exemplu, pentru surdo-muţi sau pentru deficienţii mintal sever, singurele teste edificatoare sunt cele neverbale, care sunt bazate pe simboluri imagistice sau pe ansamblări de obiecte. Aplicarea testelor verbale este posibilă la persoanele cu deficienţă de vedere, la cei cu debilitate mintală, ca şi la persoanele cu tulburări de comportament, deoarece această categorie de teste operează cu cuvinte şi cifre ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Din multitudinea testelor, specialiştii vor alege testele care pot fi adaptate specificului condiţiei deficienţilor cărora se aplică.

d) **Conversaţia:**

- prezintă avantajul că deficienţii nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri şi manifestă un oarecare infantilism în elaborarea răspunsurilor, deşi se desfăşoară cu dificultate la unele categorii de deficienţi. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înţelegere şi o formă ce poate fi receptată de subiecţi (limbajul gestual sau al dactilemelor pentru surdo-muţi, limbajul verbal, însoţit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înţelegerea şi verbalizarea, pentru deficienţii mintal etc.)

e) **Analiza produselor activităţii:**

- poate constitui un mijloc de cunoaştere a subiecţilor, dar şi de psihodiagnoză (desenele, produsul grafic, în general scrisul, diferitele produse de modelaj, eficientă este şi analiza modului de păstrare a rechizitelor şcolare, a cărţilor şi caietelor etc.).

f) Anamneza:

- se poate folosi cu eficienţă maximă pentru stabilirea momentului instalării deficienţei şi a cauzelor acesteia, ca şi pentru studiul evoluţiei subiectului şi al episoadelor mai importante din viaţa sa. Informaţii pertinente pot fi luate de la părinţi sau alţi membri ai familiei, rude, membri ai anturajului copilului şi bineînţeles pot fi luate în considerare şi relatările copilului investigat, dacă este posibil. În situaţia în care părinţii sunt iresponsabili medical sau moral, se vor folosi datele obţinute de la instituţiile de ocrotire, fişa medicală, fişa de caracterizare, în cazul în care subiectul a urmat vreo formă de învăţământ etc.

Am enumerat doar câteva dintre metodele de largă aplicabilitate, conştienţi fiind de faptul că în multe studii se apelează la metode diferite sau la o combinare a acestora, pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora se poate efectua analiza de caz, ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe şi prin observarea comportamentului în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz se iau în considerare toate datele personale ale subiectului, începând de la cele familiale şi de etiologie, ajungând la evidenţierea principalelor caracteristici psihice şi terminând cu creionarea profilului psihologic în care să se stabilească diagnosticul şi prognosticul evoluţiei probabile pe scurtă şi lungă durată

În strânsă legătură cu noţiunile de instrucţie, educaţie şi compensare se află noţiunea de *recuperare*, adică valorificarea la maximum a posibilităţilor deficienţilor, prin antrenarea funcţiilor psihofizice valide, încât să poată suplini activitatea funcţiilor deficitare, în vederea facilitării încadrării deficientului în viaţă. În acelaşi timp, prin compensare/recuperare se urmăreşte pregătirea psihologică a individului

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

pentru crearea unei stări afectiv-motivaţionale pozitive. În acest sens se apelează la factori de natură psiho-pedagogică, cât şi la cei de natură medicală, fără a pierde din vedere faptul că numai o bună conlucrare, colaborare, îmbinare a lor devine eficientă.

➢ **Recuperarea pedagogică (prin învăţare)**

Prin învăţarea recuperatorie se urmăreşte căutarea de soluţii care să sporească activismul elevilor deficienţi, în vederea dobândirii unor cunoştinţe cât mai eficiente şi exacte. De aceea se impune:

-activitatea de recuperare prin intermediul învăţării să înceapă cât mai de timpuriu, de la vârsta preşcolară;

-la deficienţii de limbaj, de vedere şi deficienţii motrici recuperarea se poate realiza printr-o învăţare predominant intelectuală, pe când la deficienţii mintal va fi predominant afectivă şi motivaţională;

-la deficienţii de auz se optează pentru combinarea acestor forme de învăţare.;

-la formele de învăţare enumerate se mai pot adăuga învăţarea morală, învăţarea motrică, care se aplică la toate categoriile de deficienţi, ca o condiţie fundamentală pentru recuperare.

Învăţarea intelectuală este destinată acumulării de informaţii şi însuşirea unui aparat conceptual menit să faciliteze operarea cu aceste informaţii. De aceea instruirea se face prin modele verbale. Pentru înţelegerea şi asimilarea celor predate elevul trebuie să capete deprinderi de a codifica simboluri lingvistice scrise sau orale, ceea ce pune în funcţie capacitatea de a gândi, de a memora, de a fi atent, etc.

Prin predarea normelor morale, religioase a valorilor socio-culturale, formarea unor abilităţi, se realizează învăţarea afectivă, psihomorală,

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

psihocomportamentală, urmărind trezirea de sentimente, convingeri, atitudini, aspirații, idealuri, modele de comportare în viață.

La deficienți, activitatea factorilor emoționali devine o condiție esențială în asigurarea reușitei oricărei forme de învățare (învățarea nu se reduce la asimilarea de cunoștințe, căci formarea motivației nu se poate realiza fără stimularea condițiilor intime ale subiectului). Fenomenul formativ capătă valențe noi la deficienți și asigură elaborarea de comportamente ce se pot adapta la situația dată și la contextul relațiilor interpersonale în care își desfășoară subiectul activitatea.

Tendința de imitate spontană și preluarea necritică a unor modele comportamentale se transformă, odată cu progresele obținute pe linia recuperării și a dezvoltării personalității, în condiții de analiză a informațiilor primite, ceea ce face din învățarea socială o altă modalitate formativă pentru individul deficient.

Unii psihologi ca Leontiev, Galperin, Elkonin consideră condiționarea socială a comportamentului ca latură a învățării dependentă de procesul interiorizării și al înțelegerii normelor sociale. Eficiența învățământului special constă în aceea că învățarea nu se limitează doar la asimilarea de cunoștințe, ci pe formarea de comportamente, atitudini, stări emoționale, reacții motivațional-volitive.

Datorită fenomenului empatic ce se manifestă la toate categoriile de deficienți, se învață relaționarea socială cu cei din jur, ceea ce contribuie la identificarea psihologică cu modelul. Astfel „Ego" realizează o transpoziție și referință în raport cu „Alter" ajungând la elaborarea de conduite cât mai variate. Implicând decentrarea Eului, empatia devine modalitate pentru stabilirea relațiilor interpersonale și crearea unui climat afectiv în colectivitate. Orice om învață de la alții, iar deficientul devine în multe

BCU "CAROL I" LIBRARY

cazuri dependent de ceea ce vine în contact cu altul. În funcţie de modul în care reuşim să-l cointeresăm şi să-i creăm o motivaţie corespunzătoare, realizăm relaţii de armonie în grup, iar atunci când este dezinteresat şi participarea este coercitivă, interacţiunea grupală este dizarmonică şi finalizarea unor comportamente pozitive devine aleatoare. Atât învăţarea, cât şi activismul subiectului trebuie stimulate printr-o serie de întăritori, aplicaţi cu consecvenţă, pe bază de laudă, încurajare, recompensă, îndemn, formarea conştiinţei sentimentului datoriei, admonestarea, sancţionarea verbală şi materială, penalizarea prin notă, etc.

➢ **Recuperarea prin psihoterapie**

Datorită faptului că unii autori de prestigiu, printre care W. Kretschmer, au rezerve cu privire la folosirea psihoterapiei în debilitatea mintală sau în alte cazuri grave de privare senzorială ce au o natură organică, această metodă de recuperare se aplică sporadic în unităţile pentru deficienţi senzoriali şi de intelect. În realitate, psihoterapia poate fi considerată ca o metodă ce contribuie la recuperarea psihică şi psihosocială a deficienţilor de limbaj, motori, senzoriali şi chiar în deficienţa mintală uşoară sau medie; ea nu înlătură handicapul ca atare, dar reface spiritul, fortifică personalitatea, înlătură anxietatea şi izolarea, creează motivaţii şi activează pulsiunile individului în procesul recuperatoriu. Metodele, tehnicile psihoterapiei sunt dependente de o serie de factori ce ţin de structura psihică, vârsta, nivelul intelectual, natura şi gradul deficienţei.

Dintre multiplele forme de psihoterapie cu mai multă eficienţă se impun:

- **psihoterapia sugestivă**, prin care sunt vizate aspectele care pot facilita încrederea în propriile forţe, în posibilitatea de a suplini funcţiile afectate, ca valorificarea potenţialului uman restant, crearea unei atitudini

favorabile învățării și activității, estomparea complexului de inferioritate, a anxietății și izolării față de cei din jur, depistarea resurselor psihice și fizice necesare pentru depășirea unor dificultăți ce păreau de neînlăturat. Psihoterapeutul își poate impune propria voință, orientând și direcționând activitatea subiectului spre acele situații care îi ușurează recuperarea;

- **psihoterapia de relaxare,** care urmărește rezolvarea unei game mai largi de afecțiuni și se folosește de sugestie, dar nu se limitează la aceasta. Psihoterapia de relaxare poate fi denumită și „activatoare" deoarece constă atât în limitarea activă a comenzilor psihoterapeutului, cât și în participarea conștientă în vederea redării unor funcții predominant vegetative, mobilizând și volițional subiectul. Prin utilizarea formelor de relaxare se urmărește organizarea vieții voliționale și direcționarea subiectului spre realizarea tehnicii de lucru, pentru a obține o participare conștientă și voluntară. Psihoterapeutul va organiza în așa fel ședințele, încât prin eliminarea pe cât posibil a stimulilor externi să determine concentrarea durabilă a subiectului asupra comenzilor primite. Astfel, stările tensionale, hiperexcitabile, stresante, ce antrenează o activitate neuromusculară rigidă și neadecvată la situație, se ameliorează tocmai prin relaxarea fizică a întregului organism. Pe baza relaxării sistematice a psihicului prin intermediul fizicului se produce ceea ce E. Jacobson numea „relaxare progresivă". Exersând o asemenea tehnică pe o anumită perioadă de timp, subiectul va reuși să-și formeze deprinderi pentru liniștirea fizicului și spiritului.

Dintre toate tehnicile de relaxare, metoda Schultz este cel mai frecvent folosită, deoarece ea creează starea de relaxare prin parcurgerea mai multor faze în care confortul fizic și psihic devine tot mai accentuat,

ceea ce face ca subiectul să se implice afectiv-voliţional în activitatea respectivă.

În mod frecvent, în terapia bâlbâielii (logonevrozei) se foloseşte metoda elaborată de Kurka (vizionarea unui film mut, iar subiecţii trebuie să povestească ceea ce percep, fiecare îndeplinind un anume rol). De asemenea, se mai foloseşte şi aşa zisa „terapie motorie de descărcare" elaborată de către Trojan (terapia prin vis treaz dirijat), etc.

Pentru a avea o eficienţă optimă, important este ca în psihoterapie relaţia dintre terapeut şi subiect să fie cu o încărcătură afectivă pozitivă, dialogul ce are loc trebuie să se desfăşoare într-o atmosferă agreabilă, care să întărească prestigiul psihoterapeutului prin atitudinea sa care degajă simpatie şi încredere deplină. Psihoterapia poate fi aplicată individual sau în grup.

Jocul (ludoterapia) se constituie ca modalitate terapeutică pentru toate categoriile de deficienţi, realizându-se numeroase funcţii distractive ce duc la crearea unor dispoziţii şi determină deconectarea de la situaţiile tensionate şi traumatizante. Formele de terapie bazate pe loisir contribuie la depistarea şi pătrunderea în intimitatea complexă a Eului subiectului, a mecanismelor motivaţionale şi a resurselor afective, în stabilirea relaţiilor grupale de antrenare în activitate şi de formare a sistemului atitudinal, ceea ce facilitează proiecţia personalităţii. Asemenea forme întăresc procesul formativ al psihoterapiei şi contribuie la refacerea psihofizică a subiectului, facilitând aportul diverselor modalităţi compensatorii, ducând în timp la recuperare.

➢ **Recuperarea prin terapie ocupaţională**

La diferitele categorii de deficienţi, cele mai semnificative terapii ocupaţionale sunt ludoterapia, meloterapia, terapia prin dans şi ergoterapia.

Unii deficienţi manifestă interes pentru muzică, pictură, dans, ceea ce duce la ideea alcătuirii unor grupuri care să fie interesate de astfel de activităţi. Forma principală de terapie ocupaţională o constituie ergoterapia, adică integrarea subiecţilor într-o activitate cu caracter social, în care să-şi valorifice la maximum potenţialul psihic şi fizic restant.

Importanţă majoră o constituie respectarea condiţiei de a ţine seama de tipul deficienţei, vârsta, sexul, cât şi de depistarea modalităţilor de stimulare a funcţiilor intacte, posibilitatea de a compensa lipsa de activitate a funcţiilor deficitare. Important este, de asemenea, ca activitatea desfăşurată să se apropie cât mai mult de condiţiile şi formele de muncă obişnuite, pentru a se forma deprinderile şi abilităţile necesare integrării profesionale şi sociale. În acelaşi timp se urmăreşte ca prin ergoterapie să se înlăture unele comportamente puerile, aberante, ca şi tulburările afectiv-emoţionale, precum şi stimularea activităţii psihomotorii şi adaptarea unor obiceiuri sociale integrativ - adaptive.

Efectele optime ale recuperării se pot aprecia atunci când subiecţii deficienţi îşi dezvoltă o serie de capacităţi fizice şi abilităţi care îi fac apţi pentru:

- o oarecare autonomie personală;
- exercitarea unei ocupaţii sau profesii, eventual a unor operaţii de muncă fizică;
- comportamente adecvate la diferite situaţii, ceea ce facilitează integrarea socială;
- comunicare prin limbaj oral sau scris, printr-o continuă înţelegere a lumii înconjurătoare şi a relaţiilor cu alţii;
- dezvoltarea unor opţiuni, atracţii, preferinţe şi chiar interese cât mai diverse;

- dezvoltarea simțului de responsabilitate și de autoconducere;
- formarea unor capacități de a aprecia și de a prevedea desfășurarea situațiilor viitoare;
- însușirea abilităților locomotorii și a dexterităților manuale.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CAPITOLUL 3
SISTEMUL RAMURILOR PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE

Teoria şi practica defectologică urmăreşte ridicarea nivelului teoretic al acţiunii psihopedagogice. Extinderea şi adâncirea investigaţiilor ştiinţifice au în vedere, pe de o parte, perfecţionarea continuă a metodelor, procedeelor, adaptarea tehnicilor de lucru la particularităţile psihofizice ale diferitelor categorii de copii deficienţi, iar pe de altă parte, intensificarea muncii psihopedagogie speciale în raport cu obiectivele majore ale recuperării. Acestea trebuie să fie pe măsura resurselor potenţiale de dezvoltare ale acestor copii, urmărind apropierea învăţământului special de învăţământul de masă. Sistemul disciplinelor învăţământului special, determinat de profilul psihopedagogic, în funcţie de principalele categorii de deficienţi, s-a constituit în numeroase ramuri şi subramuri.

Diversele taxonomii referitoare la defecte, deficienţe *şi/sau* handicapuri se bazează, în general, pe îmbinarea unor *criterii medicale* (referitoare la etiologie, simptomatologie, evoluţia defectului si prognosticul acestuia), *criterii psihologic , criterii pedagogice şi criterii sociale.*

În cele ce urmează redăm principalele categorii si tipuri de deficiente, pe baza celor mai recente taxonomii elaborate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii, cele utilizate în DSM-III si DSM-IV, precum si cele

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

propuse în tratate si lucrări din sfera psihopedagogiei speciale si psihologiei.

Deficiențe mintale (Clasificare după coeficientul de inteligență)

Tipul deficienței	Coeficient de inteligență
Deficiență mintală profundă	Q.I. 0 - 20/25
Deficiență mintală severă	Q.I. 20/25 - 35
Deficiență mintală moderată	Q.I. 35 – 50/55
Deficiență mintală ușoară	Q.I. 50/55 – 70/75
Intelect de limită	Q.I. 70/75- 85

Deficiente senzoriale
Deficiențe auditive (Clasificare audiometrică)

Tipul deficienței	Gradul pierderii (decibeli, dB)
Audiție normală sau subnormală	Prag inferior valorii de 20 dB
Deficiențe auditive ușoare	Prag 20-40 dB
Deficențe auditive medii	Prag 40-70 dB
Deficiențe auditive severe	Prag 70-90 dB
Deficiențe auditive profunde	Prag superior sau egal cu 90 dB

Deficiențe vizuale (Clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății - 1977)

Categoria disfuncției vizuale	Acuitate vizuală cu corecția cea mai bună	
	Maximum Acuitate vizuală mai mică de:	Minimum Acuitate vizuală egală sau mai mare c
1	6/18 3/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200
2	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
3	3/60 1/20 (0.05) 20/400	Capaciatate de a numără degetele de la o mână 1/60 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
4	1/60	

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

	Capacitatea de a număra degetele de la o mână 1/50 (0.02) 5/300	Perceperea luminii
5	Incapacitatea de a percepe lumina	
6	Pierderea vederii necalificată (nedeterminată, neprecizată)	

Deficiențe neuromotorii (fizice). Clasificări neurologice (Benga, 1994)

1. Retardul neuromotor

2. Debilitatea motorie (microsechelaritatea encefalopatică)

Infirmitatea motorie cerebrală (paraliziile cerebrale)

3. Paralizii cerebrale –forme spastice

3.1. Hemiplegia sau hemipareza spastică

3.2. Hemiplegia congenitală

3.3. Hemiplegia dobândită

3.4. Diplegia spastică

3.5. Tetraplegia spastică

4. Paralizia cerebrală forma distonic diskinetică

5. Paralizia cerebrală forma ataxică

6. Paralizia cerebrală forma atonă

7. Paralizii cerebrale forme mixte

Alte clasificări ale defectelor/deficiențelor fizice

1. Din punct de vedere al evoluției:

-evolutive

-neevolutive

2.Din punct de vedere al modificărilor patologice:

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

-*morfologice*

-*funcţionale*

3.Din punct de vedere al ariei de întindere:

-*morfologice globale*

-*morfologice parţiale*

Deficienţe care se manifestă în contextul unor boli neuropsihiatrice sau al unor sindroame

-Autismul infantil

Tulburări de limbaj şi de comunicare

-dislaliile

-disfaziile

-afaziile

-dislexiiile

-alexia

-disgrafiile

-agrafia

-discalculuia şi acalculia

Deficienţe şi tulburări asociate

-dublă deficienţă senzorială, auditivă şi vizuală (surdo-cecitate)

-deficienţă mintală şi deficienţă senzorială

-deficienţă mintală şi deficienţă neuromotorie (fizică)

-deficienţe multiple (asocierea a mai mult de două deficienţe)

-deficienţă mintalăasociată cu tulburări de limbaj şi de comunicare

-deficienţă vizuală şi tulburări de limbaj

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

-deficienţă neuromotorie asociată cu tulburări de limbaj şi de comunicare

3.1. Problematica psihopedagogiei deficienţilor mintal

Concepte cheie

- **Coeficient de inteligenta** = raportul dintre varsta mintala (v. m.) a unui copil (apreciata prin metoda testelor) si varsta sa reala, cronologica (v. a). Conceptul ii apartine lui W. Stern (1912) si se bazeaza pe formula de calcul: 1Q = v. m / v. c. X 100. Se presupune ca deficienta intelectuala incepe sub 70, iar inteligenta superioara deasupra unui IQ de 130, valori valabile pentru persoanele care apartin aceluiasi grup social care a furnizat esantionul utilizat pentru etalonarea testelor.

- **Compensare** = actiune de contrabalansare a unei deficiente. Este un proces psihologic, adesea inconstient, care consta in a compensa un deficit (infirmitate), real sau imaginar (presupus) printr-un comportament secundar, bine adaptat la realitate (compensare senzoriala = compensarea pierderii unui simt ex. auz - prin dezvoltarea altui/ altor simturi - ex. vaz, tact).

- **Debilitate mintala** = formeaza grupa de deficienta mintala usoara, cu un coeficient de inteligenta intre 50 - 70/80, deficientii cu acest grad fiind recuperabili pe plan scolar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instructiei, educatiei si exigentelor societatii.

- **Idiotie** = deficienta mintala profunda; se defineste dupa criteriul capacitatii de autoprotectie, adica al capacitatii individului de a raspunde de propria securitate in viata de toate zilele, fiind incadrata in grupa deficientelor mintale cu importante tulburari organo-vegetative, senzorio-

BCU "ASTRA" SIBIU - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

motrice si instinctive. Idiotul nu este decat o persoana cu deficit mintal, incapabila sa vegheze asupra propriei sale sigurante in viata cotidiana, dezvoltarea sa intelectuala oprindu-se la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui IQ situat sub 20.

- **Imbecilitate** = stare mintala deficitara ireversibila; consta in incapacitatea de a utiliza si intelege limbajul scris-citit (fara ca acest lucru sa fie consecinta unei tulburari vizuale, auditive, sau motrice etc.) si de a avea grija de propria-i intretinere. Coeficientul de inteligenta asociat acestei forme de deficiente variaza la diferiti autori intre 20 - 55/60, in timp ce varsta mintala atinsa de un imbecil se situeaza in intervalul 3 - 7 ani.

- **Intelect de limită** = forma de handicap mintal care acopera zona de granita dintre normal si patologic, cand vorbim despre un decalaj intre varsta mintala si varsta cronologica de 2 ani, 2 ani si jumatate la 10 ani, decalaj care va creste treptat pana la 5 ani la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul liminar este plafonarea intelectuala la varsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a).

- **Pseudodebilitate** = termen aplicat unei categorii heterogene de cazuri (copii afectati de masive carente culturale, afective, instabilitate psihomotorie, faze pre si post-critice epileptice, lentoare patologica in gandire etc.) care pot fi diagnosticati ca debili mintal daca se iau in considerare IQ si performantele scolare ale acestora.

- **Recuperare** = modalitate de interventie care se refera la restabilirea, refacerea sau reconstituirea unei functii umane, plecandu-se de la premisa ca aceasta s-a pierdut. Scopul recuperarii consta, asadar, in valorificarea la maxim a posibilitatilor individului handicapat, functiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea functiilor afectate.

De-a lungul vremii, in literatura de specialitate, au fost uzitati extrem de multi termeni pentru a desemna deficienta mintala: arieratie mintala (Ed. Seguin), oligofrenie (E. Bleurer, E. Kraepelin), retard mintal (A. R. Luria, AAMD), inapoiere mintala / intarziere mintala (OMS - IX CIB, Al. Rosea, M. Rosea), deficienta intelectuala (A. Busemann, R. Perron), insuficienta mintala (OMS), subnormalitate grava (OMS - 1958). Deficienta mintala reprezinta o deficienta globala care vizeaza intreaga personalitate a individului: structura, organizare, dezvoltare intelectuala, afectiva, psihomotrica, comportamental-adaptativa. Nota definitorie pentru deficienta mintala o constituie alterarea componentei de ansamblu, integritatea biofiziologica si cea psihologica fiind de fapt o forma diferentiata de organizare a personalitatii.

Referindu-ne la handicapul mental, putem considera ca exista doua tipuri mari de handicap:

- handicap rezultat din organizarea mintala si a personalitatii, ca reflectie a acesteia;

- handicap mental de functionalitate, cand cauza este functionarea deficitara si nu organizarea in sine.

Handicapul mental, caracterizat printr-o organizare mintala deosebita de cea statistica normala, cuprinde cele patru categorii de forme clinice atat de cunoscute: debilitate mintala, imbecilitate, idiotie, forme etiologice si polihandicapurile din aceasta categorie.

Intre formele clinice ale handicapului prin deficienta mentala si cele ale normalului se distinge o zona de forme intermediare care apartin handicapului prin deficienta mentala de functionare:

- disritmii de dezvoltare psiho-intelectuala;

- tulburari instrumentale;

- inabilitati de tip scolar (debilitate de tip scolar) - acestea fiind incluse in denumirea de handicap intelectual, introdusa la noi de C. Paunescu.

3.1.1. Caracteristicile generale ale deficientului mintal

Deficienta mentala se caracterizeaza in planul vietii psihice printr-o serie de trasaturi generale specifice: vascozitate genetica, heterocronie, rigiditate psihica, rigiditate a conduitei, deficiente de comunicare, heterogenitate, heterodezvoltare intelectuala.

B. Inhelder, introducand termenul de vascozitate genetica, a studiat particularitatile procesului dezvoltarii la deficientul mintal si a ajuns la concluzia ca, in timp ce la copilul normal dezvoltarea se caracterizeaza prin fluenta si dinamism sustinut in procesul de maturizare intelectuala, la copilul deficient mintal dezvoltarea este anevoioasa si neterminata. Daca la normal, mai devreme sau mai tarziu, constructia mintala se desavarseste la nivelul operatiilor formale, la deficientul mintal - indeosebi debilul mintal - aceasta constructie se impotmoleste, stagneaza, se opreste undeva in zona operatiilor concrete. Inhelder considera ca deficientul mintal - in speta debilul mintal - regreseaza adesea de pe pozitia stadiului atins la un moment dat in dezvoltare, alunecand inapoi spre reactii proprii stadiilor anterioare. Acest fenomen lasa impresia unei "fugi de efort" in fata solicitarilor intelectuale mai intense, echivalenta mai degraba cu un reflex de aparare al debilului mintal decat cu o eschivare intentionata a acestuia. O caracteristica aparte a deficientului mintal este reprezentata de infantilism, conduitele acestuia fiind marcate de interese puerile. Realizand o paralela intre copilul normal si cel deficient mintal, L.Not (1973) prezenta rezumativ asemanarile si deosebirile existente intre acesti

copii: atat copilul normal, cat si cel cu deficienta mintala parcurg acelasi traseu al dezvoltarii intelectuale, dar in ritmuri diferite; in timp ce in jurul varstei de 14 ani copilul normal atinge stadiul operatiilor concrete, deficientul mintal stagneaza, ramanand undeva la nivelul treptelor intermediare operational-concrete; procesul de invarianta a notiunilor, care la copilul normal se contureaza pe la 10-11 ani, la deficientul mintal > prezinta serioase intarzieri, adesea ramanand neterminat; deficientului mintal ajuns in faza ultima a dezvoltarii sale intelectuale ii ramane inaccesibil rationamentul propozitional bazat pe operatii logice formale, cu notiuni abstracte

Termenul de vascozitate genetica nu epuizeaza toate particularitatile dinamicii dezvoltarii la deficientul mintal, fenomenul dezvoltarii trebuind sa fie corelat cu particularitatile proximei sale dezvoltari, adica in legatura cu posibilitatile de a progresa spre stadiul urmator al evolutiei sale. L.S. Vigotski (1960) considera ca handicapatul mintal se caracterizeaza printr-o zona limitata a proximei dezvoltari, cu atat mai restransa cu cat gravitatea handicapului mintal este mai mare. Daca dezvoltarea handicapatului mintal se mentine mereu sub influenta etapei parcurse anterior, dezvoltarea copilului normal este puternic orientata spre viitor. Alte caracteristici ale deficientului mintal sunt: fragilitatea achizitiilor realizate anterior, caracterul limitat al perspecŹtivelor dezvoltarii ulterioare, alunecarile ample spre reactii si comporŹtamente specifice stadiilor anterioare. O alta trasatura specifica acestui deficient este reprezentata de rigiditate, J.S.Kounin subliniind faptul ca la deficientul mintal "regiunile psihologice" nu permit schimbul functional intre ele, schimb corespunzator varstei cronologice, din cauza rigiditatii lor.

R. Zazzo descrie o alta caracteristica a deficientului mintal - heterocronia. Autorul considera ca debilul mintal se dezvolta psihologic diferit de la un sector la altul, heterocronia cea mai evidenta remarcandu-se intre dezvoltarea fizica si cea mintala, intre somatic si cerebral. Ca atare, diferitele functii si procese psihice ale debilului mintal nu se dezvolta echilibrat, dezvoltarea uneia putand fi in detrimentul alteia.

R. Fau arata ca atunci cand solicitarile exterioare depasesc posibilitatile de raspuns individuale ale deficientului mintal se manifesta o alta caracteristica numita "fragilitatea constructiei personalitatii". Operatiile logice, fiind la un nivel scazut, nu faciliteaza raporturi sociale stabile si evolutive din partea acestui deficient, deoarece predomina fragilitatea si infantilismul in comportament.

Fragilitatea personalitatii poate fi disociata (aparand manifestari de duritate, de impulsivitate si de lipsa de control) sau mascata (apare la debilii care traiesc intr-un mediu securizant, facand posibila disimularea acesteia).Fragilitatea se poate manifesta si in planul conduitei verbale, asociindu-se cu fenomenul labilitatii verbale. Deficientul mintal nu se poate exprima logico-gramatical, nu poate mentine un nivel constant de progres verbal, nu-si poate adapta adecvat conduita verbala la situatii.

Slabul activism in fata sarcinii si posibilitatile reduse de implicare in activitate ale deficientului mintal au la baza o motivatie deficitara (lipsa unor scopuri si aspiratii reale), superficialitate in emiterea judecatilor de valoare, infantilism afectiv (cu o accentuata instabilitate in relatiile afective si cu o frecventa trecere de la o stare afectiva la alta). Cel mai pregnant insa se manifesta carentele in planul proceselor cognitive.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3.1.2. Functiile si procesele psihice in deficienta mintala

Toate functiile si procesele psihice sunt afectate, intr-un fel sau altul, de existenta handicapului mintal.

Astfel, **in planul sensorial-perceptiv** se remarca dificultati de analiza, ceea ce determina perceperea globala a obiectului sau a imaginii acestuia in detrimentul sesizarii elementelor componente. Desele confuzii care apar in asemenea situatii sunt cauzate de activismul scazut al debilului mintal fata de activitate. Atunci cand partile unui intreg sunt clar evidentiate (prin subliniere, culoare, pozitie avantajoasa - centrala etc), analiza este mult usurata, perceptia devenind consistenta.

Pe fondul coexistentei handicapului mintal cu alte deficiente (vizuale, auditive, tactil-kinestezice), nespecificitatea perceptiilor se accentueaza. Tinand cont de faptul ca si sinteza este deficitara, reconstructia perceptiva se realizeaza incomplet, iar in situatiile cu grad ridicat de complexitate devine practic imposibila. Cunostintele si experientele personale reduse il pun pe subiect in situatia de a fi incapabil de ordonari si ierarhizari menite sa faciliteze o percepere adecvata a realitatii. in ciuda duratei marite a operatiilor de analiza si sinteza la deficientul mintal, campul perceptiv al acestuia este destul de ingust.

Dificultati si mai mari intampina deficientii mintal in perceperea imaginilor, acestea fiind descrise nesistematic sau "virusate" de elemente nesemnificative sau straine percepute intr-o situatie anterioara.

O trasatura definitorie deficientului mintal este caracterul descriptiv al celor percepute, explicatia fiind totusi prezenta sub forma ei naiva si incarcata de enumerari.

De mentionat este fenomenul distorsionarii perceptiei, cu particularitati specifice comparativ cu individul normal. La deficientul

mintal fie nu apar iluzii perceptive atunci cand situatia ar determina acest lucru, fie este vorba de o labilitate exagerata in realizarea perceptiei de la o situatie la alta.

Perceptia debililor mintal se caracterizeaza prin inexactitate si lipsa de precizie, fiind o perceptie nediferentiata, lacunara si cu frecvente tulburari, in timp ce in perceptia imbecilului nu se discrimineaza esentialul de secundar, ea limitandu-se la enumerarea rara logica a elementelor percepute.

Perceptia imbecilului are un caracter nediferentiat mai pronuntat, obiectele uzuale fiind cu greu identificate, continutul tematic al imaginilor nefiind perceput. Ceea ce realizeaza in plan perceptiv imbecilul este simpla enumerare de elemente, fara o logica insa si fara o discriminare a esentialului de secundar (particular).

În cazul idiotului, perceptia este extrem de saraca in continut senzorial, neclara, fara semnificatie biologica si cu nenumarate si pronuntate perturbari. În ceea ce priveste **planul reprezentarii**, se constata imposibilitatea deficientului mintal de a structura un camp de reprezentare pe baza de simboluri, fapt ce dovedeste functionalitatea slaba a structurii semiotice si absenta, aproape totala, a limbajului interior. in plus, organizarea mintala a deficientului mintal se caracterizeaza printr-o tulburare multidimensionala la nivelul releului de reprezentare.

Gandirea deficientului mintal cu gradul de debilitate este deficitara la nivelul proceselor superioare ale gandirii, putandu-se evidentia anumite trasaturi definitorii:

- gandire concreta, situativa, bazata pe clisee verbale, pe imitarea mecanica a actiunilor si a limbajului celor din jur;

BCU "I. Slavici" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- lacune majore in achizitia conceptelor abstracte si o slaba capacitate de discernamant;

- dezordini intelectuale;

- imposibilitatea de realizare de conexiuni, similitudini, opozitii, succesiuni, incluziuni, operatii de reversibilitate sau ireversibilitate;

- incapacitate de sinteza, de structurare a formelor si a structurilor partiale in ansambluri;

- rationamente incomplete, care pleaca de la date partiale, subiective, fara semnificatie.

Gandirea deficientului mintal sever (imbecil) are cateva trasaturi distincte. Imbecilii pot ajunge la nivelul "neointelectului", care le pemiite folosirea experientei anterioare in vederea adaptarii la o noua situatie, insa au o gandire fragmentara, labila, lipsita de functia de elaborare si generalizare, fiind incapabili de a vedea ansamblul, de a se ridica la notiunea generala. Imbecilul poate utiliza conceptele ca principiu de clasificare, desi este incapabil sa le verbalizeze. in cazul deficientei mintale profunde (idiotia), gandirea are la dispozitie doar "paleointelectul", care permite exclusiv utilizarea reflexelor conditionate. Pe fondul inexistentei relatiilor psihice, activitatea sa se reduce la "viata pur vegetativa", intre gesturi si senzatii dezvoltandu-se o "activitate circulara", insotita de activitatea in "echo"(reproducerea imediata a gestului sau a sunetului). Stereotipiile sunt o alta trasatura definitorie a gandirii idiotului.

Imaginatia la toate formele de nedezvoltare cognitiva este saraca, neproductiva, intensitatea ei fiind invers proportionala cu gradul de gravitate a handicapului, mergand pana la absenta ei. La toate formele de deficienta mintala apar frecvent tulburari ale imaginatiei, sub forma

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

minciunii si a confabulatiei. Minciuna, sub forma ei patologica (mitomanie), se prezinta in trei variante: mitomanie vanitoasa, maligna si perversa, fiind intalnita la tipurile de deficienta mintala situate la limita superioara. Confabulatia ("delirul de imaginatie" - Dupre sau "delirul de confabulare" - Neisser) reprezinta o traire a unor stari apartinand fanteziei subiectului, cu convingerea subiectiva a acestuia ca ele sunt reale si caracterizeaza debilul vanitos, care, fiind lipsit de judecata si de spirit autentic, se hazardeaza in afirmatii puerile, extravagante cu scopul de a atrage atentia celorlalti asupra sa. În ceea ce priveste nivelul mnezic al deficitului mintal, se poate afirma ca, in majoritatea cazurilor (exceptand deficientele severe, grave), acesta nu este modificat in mod evident.

Memoria - in formele usoare si medii ale deficientei mintale - este considerata ca avand functie compensatorie, suplinind insuficienta dezvoltare a proceselor cognitive, superioare. La deficientul mintal, capacitatea de retinere este relativ mare, bazata fiind insa pe o memorare mecanica, lipsita de suplete si fara posibilitatea de utilizare a datelor stocate in situatii noi. La debilii mintal, memoria este dominant mecanica, in timp ce la imbecili ea este mai putin activa, mai infidela, de scurta durata. Exista cazuri rare de dezvoltare monstruoasa, hipermnezica - asa-numitii "calculatori de calendare", sau "hipermnezie de dictionar", "carti de telefon". La idioti, memoria este aproape inexistenta, fiind imposibila si forma mecanica a acesteia. Lipsa memoriei in acest caz este evidentiata de nerecunoasterea obiectelor sau a persoanelor din jur de catre idiot. O caracteristica aparte a deficientilor mintal este penuria informatiilor retinute de acestia comparativ cu normalii, reducere cantitativa explicata prin degradarea calitativa a celulei nervoase si prin functionalitatea redusa a integrarii la nivelul celor trei tipuri de memorie (memorie senzoriala,

MSD, MLD). O alta particularitate a memoriei la deficientii mintal este slaba fidelitate in evocarea informatiilor (lipsa de precizie, introducerea de elemente straine, omiterea de detalii etc). Totusi, memoria este unul dintre procesele psihice mai usor educabile in acest handicap si, deci, ea poate fi utilizata compensator in cazul deficientilor mintal in procesul de recuperare a acestora.

Atentia deficientului mintal difera de cea a normalului nu atat sub aspectul performantelor, cat prin modalitatea organizarii. C. Paunescu (1976) analiza atentia ca rezultat al organizarii sistemului neuro-vegetativ si distingea doua trasaturi esentiale ale acesteia: capacitatea sistemului de filtrare a mesajului si starea afectogena - motivationala. Prima este alterata la deficientul mintal printr-un element intrisec (structura morfofunctionala) si printr-o organizare aleatorie, intrucat exista o puternica influenta afectogena in orientarea setului operational.

Atentia se manifesta diferit in functie de gravitatea deficientei. Debilul mintal se caracterizeaza printr-o atentie sporita, lipsita de tenacitate, forma voluntara fiind instabila si cu aparenta de normalitate, fiind evidente tulburari cantitative ale atentiei precum si incapacitatea de concentrare a atentiei sub forma fenomenelor de neatentie, inertie, de indiferenta sau falsa uitare. Imbecilul prezinta fenomene de hipoproxie, care la idiot se transforma in aprosexie. Chiar in conditiile unei atentii spontane, acestia nu sunt capabili de perseverenta, neputand urmari obiectele care se deplaseaza in fata lor. Aceasta stare ii conduce la izolare, absenta totala si nimic nu-i poate sustrage din aceasta autoizolare. Inactivitatea globala a acestora poate fi intrerupta uneori de accente de impulsivitate violenta sau de crize de tip coleric.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Limbajul deficientului mintal poarta amprenta caracteristicilor de concretism, rigiditate si inertie specifice nivelului gandirii. Se poate vorbi despre aparitia intarziata a vorbirii si despre dificultatile pe care le intampina copilul cu deficienta mintala in folosirea propozitiilor. Dezvoltarea intarziata a limbajului priveste toate aspectele sale: fonetic, lexical, semantic, gramatical si atrage dupa sine frecventa mare a tulburarilor limbajului la aceasta categorie de deficienta.

Tulburarile limbajului la deficientul mintal generate de lezarea sau de inhibitia nivelurilor de organizare a limbajului (periferic - instrumental, cortical si gnozic - de recunoastere auditiva si vizuala) sunt:

- sindromul de nedezvoltare a vorbirii (cu formele: alalia, audimutitatea etc);
- dizartria (pe fondul handicapului de intelect usor sau sever);
- disfonia;
- tulburarile gnozo-praxice (tulburari de perceptie auditiva si vizuala si tulburari praxice ale organelor fonoarticulatorii).

Primele trei categorii dintre tulburarile mentionate anterior apar evidente in comportamentul de comunicare a copilului, in timp ce ultima categorie se manifesta disimulat.

Cele mai frecvente manifestari ale tulburarilor limbajului pe fondul deficientei mintale sunt cele de tipul dislaliei, disgrafiei si dislexiei. Dislalia deficientului mintal, desi seamana simptomatologie cu cea a copilului normal, se deosebeste prin faptul ca etiopatogenia dislaliei primului este structurala, consecutiva unei modificari neurofiziologice, afectand atat momentul aparitiei limbajului cat si evolutia lui. Cercetarile arata ca decalajul in aparitia limbajului intre copilul normal si cel cu deficienta mintala este de 3 - 6 ani, in functie de gravitatea deficientei.

Dupa Weber, in formele foarte severe (idiotie), primul cuvant apare la 54 luni si propozitia la 153 luni, in formele severe (imbecilitate) primul cuvant este rostit la 43 luni si propozitia la 93 luni, iar in formele usoare (debilitate) la 34 luni, respectiv 89 luni. Privind evolutia limbajului la deficientul mintal si acest proces este mult perturbat nu numai ca durata ci si ca organizare si structurare. Raportandu-ne la latura expresiva a limbajului se constata ca, intre 5-7 ani, aria tulburarilor de vorbire este extrem de intinsa la deficientii mintal fata de copiii normali (intre 8 - 12%). O alta caracteristica a tulburarilor limbajului la copilul deficient mintal este polimorfismul acestora. Rareori la deficientul mintal de varsta scolara se intalneste o dislalie simpla (monomorfa), frecvent depistandu-se forme polimorfe, alaturi de fenomene dizartrice si de audimutitate. Deosebirea dintre copilul normal si cel cu deficienta mintala se refera si la procesul fonerizarii. Daca in cazul primului toate procesele invatarii limbii au loc pana la 3 - 4 ani, la cel de-al doilea aceste faze debuteaza cu 2 - 5 ani mai tarziu, dezvoltarea acestor microprocese ale invatarii limbii avand loc fara suport ideativ. O alta caracteristica a limbajului copilului deficient mintal se refera la dimensiunea (aspectul cantitativ) vocabularului acestuia, care pare mai dezvoltat decat cel al copilului normal, desi, din punct de vedere al instrumentarii si organizarii pe baza de simboluri, capacitatea primului variaza intre 20 - 50% din cea a copilului normal. Multe cercetari arata ca deficientul mintal intampina serioase dificultati in reprezentarea realitatii prin simboluri si semnificatii si in intelegerea acestuia. Procesul de esentializare (conceptualizare) este in cazul acestui handicap foarte diminuat si neorganizat, asadar cuvantul nu capata valente operationale nici in planul cunoasterii, nici in cel al dirijarii comportamentului de invatare scolara si sociala. Limbajul copilului deficient mintal are puternice

accente de infantilism, care apar pe fondul imaturitatii verbale. Disoperationalitatea limbajului deficientului mintal se evidentiaza mai pregnant in tulburarea denumita agramatism, constand in erori de utilizare a cuvintelor dupa regulile sintaxei gramaticale. Aceasta tulburare se manifesta atat in limbajul oral, cat si in cel scris (pe fondul existentei unei organizarii afazoide). Cel mai frapant fenomen este cel de discrepanta intre capacitatea de normalizare si cea de definire a partilor de vorbire, urmata de cea a disabilitatilor in analiza, in discriminare, transformare si operarea sa.

La handicapatii mintal, decalajul intre dezvoltarea limbajului si celelalte functii psihice este foarte evident, din cauza faptului ca posibilitatile de intelegere si de ideatie raman limitate, in timp ce capacitatea de exprimare inregistreaza progrese. Handicapatii mintal au totusi posibilitatea de a-si insusi unele formule stereotipe pe care le utilizeaza in conversatii simple. Chiar daca expresiile lingvistice de argou le invata fara eforturi, comunicarea acestor deficienti nu se desfasoara dupa o logica anume.

Alte deficiente ale limbajului asociate handicapului mintal sunt: tulburari ale vocii (slabire a acesteia), caracter neinteligibil al vorbirii (articular defectuoasa), debit, intensitate si timbru dezagreabile.

Din punctul de vedere al afectivitatii, structurile specifice deficientului mintal sunt specifice psihopatologiei marginale, fiind usor de depistat fenomene de emotivitate crescuta, de puerilism si infantilism afectiv, sentimente de inferioritate si anxietate accentuate, caracterul exploziv si haotic al reactiilor in plan afectiv, controlul limitat al acestora. Afectivitatea debilului mintal se caracterizeaza printr-o mare labilitate, irascibilitate, explozii afective. in starile conflicruale, debilul reactioneaza

diferit, fie prin opozitie exprimata prin descarcari afective violente, fie prin demisie sau dezinteres, fie prin inhibitie, negativism sau incapatanare. Deficitul de autonomie afectiva este marcat de nevoia evidenta a debilului de dependenta, de protectie. Este prezenta, de asemenea, si situatia de blocaj afectiv, pe fondul unei frustrari afective de ordin familial sau scolar care conduce la diminuarea, incapacitatea sau pierderea dinamismului de a reactiona la stimuli care, in mod normal, trebuie sa declanseze actiunea. In cazul imbecilului (deficientei mintale severe), afectivitatea se evidentiaza prin indiferenta, inactivitate, apatie, izolare, egoism, uneori manifestari de rautate sau ura fata de cei din jur, alteori afectiune, atasament exclusiv fata de anumite persoane. La nivelul idiotiei (deficientei mintale profunde), afectivitatea este extrem de labila, cu crize de plans nemotivate, accese colerice subite, violenta paroxistica, negativism general, reactii imprevizibile. Rezumand simptomatologia comportamentului afectiv al deficientului mintal (pe baza lucrarilor lui J. De Ajuriaguerra, H. Ey, M. Lemay,C. Paunescu), depistam urmatoarele trasaturi specifice: imaturitate afectiva, organizare intarziata a formelor de comportament afectiv, intensitate exagerata a cauzelor afective primare, infantilism afectiv, insuficienta a controlului emotional, inversiune afectiva, carenta relational-afectiva.

Diferente sesizabile intre normal si deficientul mintal se observa si daca ne raportam la planul **motivational**, la deficientul mintal predominand interesele si scopurile apropiate, trebuintele momentane; capacitatea redusa de concentrare a atentiei si neputinta de a prevedea momentele mai importante ale activitatii il fac pe deficientul mintal (in speta debilul mintal) sa aiba dese insuccese. Acest fapt faciliteaza instalarea negativismului si a descurajarii, a lipsei aspiratiilor si a efortului

volitional in fata sarcinii. Putem spune, in plus, ca motivatia existentiala, de devenire, este similara ca intensitate cu cea a copilului normal, dar Jocul" fortelor este modificat. Daca, pe fondul normalitatii intelectuale, copilul motiveaza un potential esec printr-o esuare intelectuala, in cazul deficientei mintale, motivatia este oarecum mai "personala" (ex.: "nu am avut bani", "am lipsit mult de la scoala").

Aceste particularitati ale activitatii psihice a deficientului mintal se coreleaza cu tulburarile ce apar **in sfera psihomotricitatii**. Specifice pentru aceasta deficienta sunt: timpul de reactie scazut, viteza diminuata a miscarilor, imprecizia lor dublata de sincinezii, imitarea deficitara a miscarilor cu reflectarea lor in oglinda care prelungesc timpul de formare a dexteritatilor manuale si care au semnificatie in deprinderile grafice.

Tulburarile psihomotorii ce apar pe fondul deficientei mintale sunt cele care afecteaza schema corporala, lateralitatea, orientarea, organizarea si structura spatiala si temporala, debilitatea motrica si instabilitatea psihomotorie.

La nivelul comportamentului instinctual putem vorbi de existenta unor tulburari la deficientul mintal. Este afectat instinctul alimentar, observandu-se cazuri de exagerare a acestuia, cum sunt cele de bidimie - caracterizata prin exagerarea senzatiei de foame, fara a putea fi potolita, deficientul mintal mancand mult si fara rost cantitati uriase de mancare, de polifagie - crestere a apetitului insotita de ingerarea de materii nealimentare sau obiecte necomestibile. Apar, de asemenea, cazuri de potomanie - senzatie acuta de sete urmata de ingerarea unor cantitati excesive de lichid si de dipsomanie - nevoie imperioasa de a consuma alcool in mod periodic. Exista si tulburari ale instinctului alimentar in sensul diminuarii lui - anorexie, scaderea sau lipsa totala a poftei de

mancare, asa cum vorbim si de cazuri de aberatii alimentare sau pervertiri alimentare, intalnite la unii deficienti mintal - mericismul (regurgitarea voluntara a alimentelor din stomac in gura si remestecarea lor continua), paraorexiile si pica (ingerarea de substante nealimentare), opsomania (dorinta de a manca dulciuri), coprofagia - conduita patologica exprimata prin ingerarea de materii fecale (aceasta ultima tulburare aparand doar in cazurile de arieratie profunda). Mai intalnim la deficientii mintal grav si cazuri de aerofagie (inghitirea o data cu alimentele si a unei mari cantitati de aer) si de geofagie (ingerare de nisip sau pamant).

Un alt instinct puternic afectiv la deficientii mintal este cel de aparare, de conservare, fie in sensul exagerarii lui - conduite de agresivitate, fie in sensul diminuarii - conduite de automutilare, fie in sensul abolirii sau lipsei lui totale - conduite suicidare sau pseudosuicidare.

Tulburarile instinctului de reproducere (sexual) sunt si ele prezente frecvent in cazurile de deficienta mintala (sub forma autoerotismului de tip autocontemplare, exhibitionismului, zoofiliei sau incestului), asa cum apare perturbat si instinctul matern (sub forma abandonarii copilului - imbecili si idioti - sau a infanticidului).

Conduita deficientului mintal este frecvent de tip deviant, fara a putea spune ca handicapul mintal genereaza obligatoriu o deviere comportamentala. Tulburari comportamentale frecvente in acest caz sunt cele de tipul vagabondajului sau furtului. De asemenea, copiii cu deficienta mintala - pe fondul sugestibiiitatii si influentabilitatii lor ridicate si a lipsei de discernamant - se pot apuca de mici de fumat, pot incepe relatii sexuale timpurii si frecvent de tip aberant sau pot consuma droguri (imitand comportamentul unor "copii mai mari"). Pot exista si tulburari

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

comportamentale mai usoare de tipul irascibilitatii sau ineficientei scolare (esec scolar).

Personalitatea deficientului mintal poarta amprenta caracteristicilor functiilor si proceselor psihice descrise anterior, fiind accentuat caracterul imatur al acesteia, predominand forme disarmonice ce implica manifestari comportamentale instabile, de genul: frica nejustificata, antipatie sau simpatie nemotivate, nervozitate, iritabilitate, pasivitate, crize de furie, labilitate afectiva etc. Putem spune asadar, ca personalitatea deficientului mintal este un sistem decompensat (C. Paunescu, I. Musu, 1997).

Copilul deficient, la fel cu cel normal, se gaseste in permanenta sub presiunea (uneori foarte crescuta) a unui sistem de solicitare, presiune care intra in consonanta sau in conflict cu eu-l si cu personalitatea sa la diferite niveluri, activitatea intelectuala a deficientului mintal fiind permanent intr-un raport de contrarietate cu sistemul de solicitare. Simtomatologia intelectuala si psihica a deficientului mintal prezinta o mare varietate de forme si intensitati, incat decompensarea nu apare doar ca o forma simpla de denivelare eu - lume (J. Nuttin), ci este o tulburare profunda. Deficientul mintal este obligat sub actiunea sistemului de solicitare, sa se "decida" pentru un comportament similar modelului personalitatii normale, el neputand insa sa realizeze acest lucru decat sub influenta educationala adecvata. Cu alte cuvinte, deficientul mintal este intr-o competitie permanenta cu un model pe care nu-l va putea realiza niciodata. Daca forta de structurare si de echilibru a factorilor organizationali ai structurii mintale pe care se bazeaza personalitatea in general prezinta unele "puncte" conflictuale, starea sistemului fiind totusi echilibrata, in schimb personalitatea decompensata (a deficientului mintal) este o

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

structura bazata pe o organizare mintala in care factorii de perturbare sunt dominanti si stabilizati, ei fiind definitorii.

3.1.3. Etiologia deficientei mintale

Etiologia (gr."Aitia" = "cauza", „Logos" = stiinta") reprezinta o disciplina care studiaza cauzele unui fenomen (in speta, maladii), dezvaluind originile si evolutia sa. Etiologia handicapului mintal consta in aceste stari de deficienta si/sau incapacitate mintala, care determina scaderea randamentului intelectual si adaptiv in cauza sub nivelul cerintelor minime ale contextului social dat. Se pune atunci intrebarea: in ce consta etiologia deficientei mintale?

Toti specialistii care, sub un aspect sau altul, au abordat aceasta problema subliniaza, in primul rand, caracterul complex si variat al etiologiei deficientei mintale. Factorii cauzali fundamentali se situeaza, insa, in acele sectoare de baza, care determina, in general, evolutia socio-umana a oricarui individ:

- zestrea genetica a individului (ereditatea), adica ceea ce el a mostenit de la predecesori;

- mediul si influentele educative, adica ceea ce el dobandeste in interactiunea multipla dintre organismul propriu posesor al zestrei genetice si conditiile de existenta biologica si sociala.

Cauzele care stau la baza aparitiei deficientei mintale sunt extrem de variate, agentul patogen fiind un mozaic de factori. Luand in considerare criteriile de natura medicala, psihologica, epidemiologica, genetica in clasificarea cauzelor deficientei mintale, C. Paunescu si I. Musu (1997) arata ca exista numeroase sistematizari ale factorilor -cauza. Cea mai frecventa clasificare este cea care imparte cauzele deficientei mintale in

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

endogene si exogene, dupa criteriul localizarii factorului patogen in interiorul sau in afara individului. insa multi autori (ex.: J. De Ajuriaguerra) considera aceasta sistematizare pasibila de confuzii terminologice.

Etiologia starilor de handicap mintal se refera la problema mutatiilor genetice si a aberatiilor cromozomiale care stau la baza unor sindroame specifice ale deficientei mintale. Mutatiile genetice si aberatiile cromozomiale se pot produce spontan, prin interactiunea intamplatoare dintre organism si mediu. De exemplu, asemenea fenomene pot avea loc sub influenta unor radiatii - naturale sau produse de om - sau sub influenta altor factori. Prin cunoasterea aprofundata a acestor fenomene sau a altora cu efecte similare asupra dezvoltarii, se deschide calea controlului lor intr-un context de inginerie genetica, apta, in viitor, sa-si aduca o contributie majora la prevenirea unor mutatii negative si aberatii cromozomiale generatoare de deviatii, inclusiv in dezvoltarea intelectuala a anumitor copii.

Tot pe baza cunoasterii temeinice a fenomenelor la care ne referim si in conditiile unui consult de specialitate a celor in cauza, devine posibil sfatul genetic, oferit de specialisti (medici, psihologi) tinerilor aflati in preajma momentului de a-si intemeia o familie.

O clasificare a cauzelor deficientei mintale mai aproape de realitate este realizata de C. Paunescu si I. Musu (1997), autorii desprinzand trei mari categorii (grupe) de factori cauzali ai handicapului mintal:

a) **Factori biologici (ereditari, genetici).** Factorii genetici sunt impartiti la randul lor in factori genetici specifici si factori genetici nespecifici (poligenici). Acestia din urma, imposibil de individualizat clinic sau genetic, formeaza grupa cazurilor "aclinice" sau endogene

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

(debilitatea endogena subculturala sau familiala), care include majoritatea deficientilor mintal lejer si de gravitate medie.

Evidentiind aceasta categorie de cauze se pun in lumina corelatiile dintre coeficientul de inteligenta al deficientului mintal si cel al rudelor sale.

Factorii genetici specifici determina sindroame numeroase, insa rare, cum ar fi:

- aberatiile cromozomiale (care stau la baza sindroamelor Tumer, Klinefelter, Down etc);

- ectodermozele congenitale (care duc la aparitia sindromului Sturge Weber etc);

- dismetaboliile (ce determina sindroame de genul idiotiei amaurotice, sindromului Hunter etc);

- anomaliile craniene familiale (microcefalia, sindromul Apertt);

- disendocriniile (care determina aparitia cretinismului endemic, hipotiroidismul etc).

b) **Factorii ecologici** sunt factori extrinseci, fiind la randul lor de trei feluri, in functie de momentul (perioada) cand actioneaza: factori prenatali (in timpul sarcinii), factori perinatali (in timpul nasterii) si factori postnatali (dupa nastere, mai ales in primii 3 ani de viata ai copilului). Dintre factorii prenatali care cauzeaza deficienta mintala amintim:

- factori infectiosi si parazitari (rubeola, sifilis, toxoplasma provocata de un parazit care depaseste bariera fetoplocentara, gripe repetate);

- factori umorali (incompatibilitate sanguina a factorului Rh intre mama si copil);

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- factori toxici - de natura exogena (substante chimice administrate mamei, intoxicatii alimentare, cu alcool, intoxicatii profesionale acute sau cronice, utilizarea de medicamente cu actiune teratogena);

- iradierea fatului;

- icterul nuclear;

- lezarea sistemului nervos central al fatului ca urmare a unor traumatisme cranio-cerebrale contactate (cauzate de traumatismele fizice ale gravidei);

- factorii stresanti si oboseala exagerata a gravidei;

- factori de natura socio-economica (prin neasigurarea alimentatiei suficiente si adecvate, provocand carente alimentare, malnutritii etc);

- hemoragiile gravidei (mai ales in primele doua luni de sarcina);

- tentativele de avort.

Factorii perinatali (neonatali) sunt reprezentati de:

- traumatisme cerebrale ale fatului (prin interventii obstretice neadecvate, agresive - forceps);

- asfixia fatului prin strangulare cu cordonul ombilical (asfixia alba si asfixia albastra), cand se produce fenomenul de hipoxie;

- prematuritatea nou-nascutului (nascut inainte de termen - sub 9 luni sau subponderal - sub 2,5 kilograme);

- hemoragiile puternice;

- hipoglicemiile;

- ingrijirea perinatala deficitara a nou-nascutului;

Factorii postnatali care actioneaza in primii ani de viata ai copilului (mai ales in primii 3 ani) sunt:

- bolile infectioase grave de tipul meningitei sa[illegible]ncefalitei;

- bolile primei copilarii (netratate corespunzator sau la timp -rujeola, rubeola etc);

- infectiile nutritive ale copilului;

- traumatismele cranio-cerebrale postnatale cauzate de accidente (lovituri, caderi);

- intoxicatiile (cu plumb, CO, alcool);

- vaccinurile nefacute la timp sau nefacute deloc;

c) **Factori psihosociali.** Din categoria cauzelor psihosociale ale deficientei mintale enumeram:

- un mediu familial nefavorabil (ostil, agresiv sau indiferent-pasiv);

- carente educative si afective accentuate (copilul fiind privat mai ales din punct de vedere afectiv, fapt ce afecteaza dezvoltarea sa psihica ulterioara);

- tipul mediului de apartenenta (exista studii care arata ca incidenta fenomenului deficientei mintale este mai mare in mediul rural decat in cel urban);

- marimea familiei (existand o mare probabilitate sa apara cazuri de deficienta mintala in familiile cu multi copii);

- conditiile socio-economice defavorabile.

Mediul, ca factor al dezvoltarii umane, este constituit din totalitatea elementelor cu care individul interactioneaza. direct sau indirect, pe parcursul dezvoltarii sale. Desi apare ca principal furnizor al materialului ce stimuleaza potentialul ereditar, actiunea mediului, pe ansamblu aleatoare, poate fi in egala masura o sansa a dezvoltarii (un mediu favorabil), dar si o frana sau chiar un blocaj al dezvoltarii (un mediu substimulativ, ostil, insecurizant sau alienant). O asemenea situatie, cand mediul reprezinta o frana sau un blocaj in calea dezvoltarii, cand un

BCU "Al. I. Cuza" IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

eventual potential ereditar pozitiv nu este valorificat la nivelul sau real, copilul ramanand mult in urma parametrilor obisnuiti ai dezvoltarii pentru varsta data, o intalnim, frecvent, in cazul copiilor cu pseudodeficienta mintala. in astfel de situatii, datorita limitelor pe care le impune un mediu familial si/sau institutional viciat -generator de stres si frustrari afective permanente - copiii respectivi nu-si valorifica suficient un posibil genotip favorabil, dezvoltarea lor fiind distorsionata si evoluand intr-o directie, mai mult sau mai putin apropiata de cea pe care o determina o ereditare tarata si/sau o afectare patologica a sistemului nervos central.

Este foarte important de stiut ca o interventie timpurie, in sensul normalizarii conditiilor de mediu, in primul rand ale mediului socio-familial, poate determina revenirea spre o stare obisnuita si spre o adaptare eficienta a copiilor cu abateri initiale de la traseul normal al acestui proces. Un rol hotarator in procesul dezvoltarii timpurii a copilului revine contactului permanent dintre acesta si mama sa, ca factor central, catalizator, al mediului familial, contact care, pentru a fi eficient, trebuie sa se realizeze in multiple planuri: in plan fizic - prin luarea copilului in brate, prin hranirea la san, prin sprijinirea la primii pasi si conducerea de mana, prin participarea nemijlocita la jocurile de miscare ale copilului etc; in plan verbal -prin cuvintele adresate copilului din primele zile, iar, mai tarziu, prin povestirea unor istorioare accesibile, prin invatarea unor poezioare simple, prin raspunsuri la numeroasele intrebari puse de copil, prin conversatie concreta, prin dirijarea verbala a activitatii copilului etc; in plan afectiv - prin raspuns la surasul si zambetele copilului, prin tonalitatea calda a vocii, prin manifestarea corespunzatoare la adresa copilului a celor mai variate emotii si sentiinente.

BCU IAȘI / CENTRU UNIVERSITAR

Mama este prezenta in viata copilului si indirect, ea fiind, de regula, personajul central in jurul caruia se cladesc relatiile de familie. Si chiar daca, in acest proces, in anturajul copilului apar - si trebuie sa apara, in perspectiva unei dezvoltari normale - o serie de alte persoane, mai ales tatal, fratii si surorile, bunicii, chiar daca cu trecerea primilor ani se produce o anumita indepartare (pur fizica), mult timp persoana mamei ramane totusi centrala, nu numai prin sine, dar si prin tot ce-l inconjoara pe copil. Patul in care doarme copilul, camera sa, casa parinteasca, imprejurimile acesteia, primele deplasari mai indepartate si multe altele sunt toate strans legate de prezenta mamei. in mod obisnuit, mama revine, adesea, in prim plan si in contact direct cu copilul pe tot parcursul dezvoltarii acestuia, ea ingrijindu-l cand este bolnav, ea conducandu-l la gradinita sau, in primele zile, la scoala etc. Prin prezenta sa directa, mama este cea care asigura copilului un sentiment de securitate, un echilibru afectiv.

Privarea copilului de contactul sistematic cu mama sa, fie din motive obiective - deces, despartire fortata, fie din motive subiective -abandon, indiferenta mamei, suprasolicitarea acesteia in activitati profesionale sau de alt gen - poate avea consecinte nefaste asupra dezvoltarii copilului in continuare. Aceasta mai ales atunci, cand, datorita unor afectiuni suferite in perioada prenatala, in momentul nasterii sau in primii ani de viata, copilul este expus pericolului unei dezvoltari anormale. in cazul in care unii copii cu deficiente, inclusiv cu deficiente mintale accentuate, sunt internati de timpuriu intr-o unitate specializata de asistenta si educatie terapeutica, lipsa influentelor pozitive exercitate de mama va duce, inevitabil, la accentuarea manifestarilor negative specifice deficientei respective. Cel de al treilea factor care influenteaza dezvoltarea este educatia. Practic, educatia nu

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

poate fi izolata de conditiile de mediu, ea reprezentand elementul activ, care dinamizeaza, organizeaza si orienteaza actiunea mediului asupra individului in cauza.

O educatie precara - intelegand prin aceasta si o instruire prost conceputa - poate perturba activitatea psihica. Cu alte cuvinte, educatia precara, instructia conceputa in afara dezideratului si a individualizarii pot deveni, la un moment dat, surse complementare (daca nu chiar determinante) de handicapare.

Alte cauze ale deficientei mintale sunt reprezentate de varsta prea frageda sau prea inaintata a parintilor si de scaderea functiei de procreatie a tatalui.

3.1.4. Tipologia handicapului mintal

Putem imparti tipurile de handicap mintal, in functie de QI (CI - coeficient de inteligenta) in:

- intelect de limita sau liminar, cu un QI care variaza intre 80 -90 si marcheaza granita dintre normalitate si handicap;

- debilitatea mintala (handicap mintal usor sau deficienta mintala moderata, de gradul I.), cu un QI intre 50 - 70/80;

- handicapul mintal sever (deficienta mintala de gradul al II-lea, sau imbecilitatea), cu un QI intre 20 - 50;

- handicapul mintal profund (deficienta mintala de gradul al III-lea sau idiotia), cu un QI sub 20.

Noțiunea de «falsă deficiență mintală» Ioan Druțu propune o definiție a falsei sau pseudodeficienței mintale. Aceasta se referă la categoriile de copii cu o întarziere sau încetinire în dezvoltarea psihică, cu

blocaje emoţionale, cu carenţe educative determinate mai ales de factori externi.

Randamentul şcolar al acestor copii şi rezultatele obţinute de ei la unele teste psihologice sunt similare cu cele ale deficientului mintal real. De aici rezultă că, atât deficientul mintal real, cât şi pseudodeficientul se caracterizează la un moment dat (adică în momentul investigaţiei psihodiagnostice) printr-un evident deficit intelectual. Deosebirea dintre pseudodeficienţii mintali şi deficienţii mintali propriu-zişi constă în faptul că „pseudodeficienţii mintali pot recupera deficitul intelectual, dacă intervenţia este promptă şi de durată, pe când la deficienţii mintali deficitul intelectual se consideră a fi ireversibil.

Pentru o bună distincţie între deficienţa mintală reală şi falsa deficienţă mintală, poate fi utilă cunoaşterea teoriei elaborate de L.S. Vâgotski cu privire la „zona proximei dezvoltări".

În concepţia acestui autor, există o „zonă actuală a dezvoltării", care se defineşte prin capacităţile active (manifeste) ale copilului în momentul dat, precum şi o „zonă a proximei dezvoltări" (ZPD) care se referă la potenţialul de dezvoltare al copilului, adesea ascuns observaţiei directe. Într-o activitate independentă, orice copil va învăţa eficient doar la nivelul dezvoltării sale actuale, adică la nivelul deja atins în momentul dat. În schimb, într-un proces de învăţare dirijată, cu ajutor primit din exterior - cu alte cuvinte, în condiţii de „mediere" - performanţele copilului vor fi definitorii pentru potenţialul său de progres, reflectat în ZPD.

La copilul deficient mintal ZPD este îngustă, puţin eficientă, iar progresele în învăţarea dirijată sunt lente şi adesea nesemnificative. La copilul obişnuit (normal) - dar şi la cel cu falsă deficienţă mintală - progresele în învăţarea dirijată sunt evidente, semnificative.

Falşii deficienţi mintali sunt, deci, asemănători cu deficienţii mintali propriu-zişi la nivelul zonei actuale de dezvoltare, fapt care face ca într-o investigaţie psihometrică de tip clasic, în care se sondează dezvoltarea în momentul dat, aceştia să nu poată fi diferenţiaţi între ei. Prin urmare, un diagnostic stabilit doar pe baza unei singure aplicări a unui test oarecare de inteligenţă, fără un exerciţiu de învăţare mediată, nu poate fi un diagnostic diferenţial, ci doar un diagnostic prezumtiv, în schimb, sub aspectul ZPD, falsul deficient mintal este mai aproape de copilul normal, ceea ce-i oferă un prognostic superior al evoluţiei ulterioare. Această concluzie vine să confirme ideea că, pentru cazurile de falsă deficienţă mintală - puternic rămase în urmă sub aspectul dezvoltării în momentul dat (dezvoltarea actuală), dar cu un prognostic pozitiv (dezvoltarea proximă) - sunt recomandabile şi acceptabile doar măsurile de învăţământ integrat.

Practica demonstrează că deficienţa mintală reală, mai ales când nu este abordată corespunzător şi de timpuriu, provoacă un handicap stabil, adică fenomene persistente de inadaptare, inclusiv şcolare. Falsa deficienţă mintală poate provoca şi ea fenomenul de handicap - îndeosebi de handicap şcolar - dar la copiii respectivi handicapul este mai uşor, are un caracter temporar şi, deci, poate fi depăşit în condiţii de abordare diferenţiată.

Dar caracterul temporar al handicapului la falşii deficienţi mintali - ca, de altfel, însăşi falsitatea deficienţei - nu se constată de la prima investigaţie psihodiagnostică (mai ales, când ea este superficială, de scurtă durată), deoarece, aşa cum am mai spus, manifestările de moment ale falşilor deficienţi sunt similare cu cele ale deficienţilor reali. Aceasta face ca, atât unii cât şi ceilalţi să fie orientaţi adesea împreună spre şcolile speciale ajutătoare, unde sunt antrenaţi în activităţi de învăţare mult mai

uşoare decât în şcoala obişnuită, desfăşurate lent, în paşi mărunţi.

În aceste noi condiţii de învăţare (comparativ cu cele în care au înregistrat eşecul şcolar global) marea lor majoritate înregistrează progrese. Dar, în timp ce deficienţii reali înregistrează aceste progrese cu destule dificultăţi, poticnindu-se adesea, falşii deficienţi avansează mai vioi, distanţându-se curând prin rezultatele obţinute. Se creează, astfel, decalaje, apar noi dificultăţi de adaptare, datorită marilor diferenţe de ritm şi de eficienţă în activităţile comune. Fără a mai insista, în continuare, pe aceste aspecte, este evidentă necesitatea perfecţionării metodologiei diagnosticului diferenţial între deficienţa mintală reală şi falsa deficienţă, între handicapul real, stabil şi alte CES, mult mai uşor de rezolvat.

Una din direcţiile de perfecţionare a psihodiagnosticului diferenţial constă în orientarea formativă a acestuia, orientare care, pe lângă sondarea nivelului actual al dezvoltării, caută să evidenţieze şi posibilităţile de progres, adică să realizeze un prognostic al posibilităţilor de avans spre zona proximei dezvoltări şi să acţioneze ameliorativ în această zonă.

O astfel de abordare a psihodiagnosticului diferenţial - ca pe un proces de mai lungă durată, nu doar constatativ, ci şi ameliorativ, ne obligă la o atitudine mai atentă în ceea ce priveşte orientarea celor în cauză spre forme adecvate de intervenţie educativă. În cazul în care, după orientarea iniţială, se constată greşeli, sunt necesare măsuri operative de precizare a diagnosticului şi de reorientare. Trebuie avut însă în vedere că o reorientare târzie spre forme integrate de educaţie specială, după ce copilul cu falsa deficienţă mintală şi-a petrecut mai mult timp în instituţii speciale separate, duce la scăderea dramatică a şanselor de reuşită, în practica psihopedagogică există principiul că este mai bine să greşeşti supraapreciind copilul şi orientându-l iniţial spre forme integrate decât să-i

subapreciezi capacităţile reale, orientându-l cu uşurinţă spre învăţământul special separat. Aceasta deoarece drumul de întoarcere dinspre învăţământul special spre cel obişnuit - inclusiv spre formele integrate - este adesea barat de marile decalaje care se creează în raport cu avansul copiilor rămaşi în fluxul normal al şcolii obişnuite.

Nevoia perfecţionării diagnosticului diferenţial între deficienţa mintală reală şi pseudodeficienţă, în perspectiva unei mai bune orientări spre forme adecvate de învăţare şi intervenţie terapeutică, rezultă şi din analiza unor date cu privire la frecvenţa cazurilor de deficienţă mintală. Astfel:

- în literatura de specialitate se subliniază faptul că, în timp ce proporţia deficienţei mintale reale nu depăşeşte 4% din totalul populaţiei de vârstă şcolară (de cele mai multe ori situându-se, însă, în jurul procentului de 1%), falsa deficienţa mintală - grefată adesea pe stări liminare ale intelectului, pe dereglări afective, comportamentale, etc. - depăşeşte, la nivelul unor comunităţi, procentul de 10%.

- investigaţiile, efectuate în diferite perioade, demonstrează că proporţia copiilor cu falsă deficientă mintală sau cu alte fenomene care determină inadaptarea şcolară, fără a fi însă deficienţi mintali propriu-zişi, se ridică la 40-60% din efectivele de elevi ale unor instituţii şcolare speciale. Menţionăm însă că asemenea situaţii au fost constatate, mai ales, în anumite „case de copii cu şcoală ajutătoare", instituţii supuse acum unor ample prefaceri. Dar prefacerile respective nu vor rezultatul scontat, dacă nu se vor impune măsurile amintite de evaluare corectă şi de orientare conform unui diagnostic obiectiv.

- trebuie să arătăm, de asemenea, că nu doar greşelile de psihodiagnoză şi de orientare explică prezenţa în unele şcoli speciale

ajutătoare a procentului amintit de copii cu falsă deficienţă mintală, cu stări liminare şi cu alte situaţii aparte. Vinovată este şi o anume atmosferă lipsită de exigenţă în aceste şcoli, care nu numai că acceptă cu indulgenţă cazurile uşoare - ce ar putea fi integrate învăţământului obişnuit - dar şi reorientează cu grabă spre cămine şcoală (pentru deficienţi mintali severi) proprii elevi cu tulburări mai accentuate. Se produce astfel un flux nejustificat de copii, dinspre şcoala obişnuită spre şcoala specială ajutătoare (chiar si la nivelul claselor V - VIII) şi dinspre aceasta din urmă spre căminul şcoală, în loc ca lucrurile să se petreacă invers, după cum, de altfel, ar fi firesc în contextul orientării actuale integraţioniste.

Fenomenele amintite mai au însă şi o a treia cauză: tendinţa unor familii nevoiaşe care, din lipsă de resurse proprii, caută să obţină orientarea copiilor lor, chiar şi cu afecţiuni sau cu insuficienţe minore, spre învăţământul special separat, unde, pe baza reglementărilor actuale, condiţiile materiale sunt mai avantajoase.

a. <u>Deficienta mintala moderata (de gradul I) - debilitatea mintala</u>

Este cea mai frecventa forma de handicap mintal, fiind intalnita si sub titulatura de debilitate intelectuala sau intarziere mintala usoara (OMS, DSM IV). E. Seguin este cel care a introdus acest termen pentru a-l deosebi de idiot si de fenomenul de dementa. Termenul insa nu are acelasi continut in toate tarile. Astfel, dupa E. Dupre, debilitatea mintala include toate formele de arieratie mintala: idiotie, imbecilitate, debilitate mintala. in Germania, termenul este echivalent cu insuficienta mintala (varsta mintala de 8 - 12 ani).

Debilitatea mintala este definita diferit; unii autori bazandu-se in definitie pe deficitul intelectual (deficit de baza), altii pe deficitul

psihosocial (care poate sau nu sa fie implicat in deficitul de baza), iar alti autori presupun ca deficitul de baza si organizarea psihologica a debilului sunt consecintele unei dezordini relationale precoce.

Proba scolara ramane pana-n zilele noastre un criteriu de selectie si triere pentru invatamantul special a subiectilor (copiilor) suspectati de deficienta mintala.

Putem conchide (C. Paunescu, I. Musu, 1997) ca debilii mintal formeaza grupa de deficienta mintala usoara, cu un coeficient de inteligenta intre 50 ~ 70/80, recuperabili pe plan scolar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instructiei, educatiei si exigentelor societatii.

Debilul mintal se caracterizeaza printr-o insuficienta a dezvoltarii intelectuale, care-i lasa posibilitatea sa ajunga la autonomie sociala, fara a-si putea asuma total responsabilitatea faptelor sale, intrucat este incapabil sa prevada implicatiile (consecintele) actiunilor sale.

Trasaturi definitorii pentru debilitate sunt: inadaptarea sociala, lipsa de discernamant (distinctie intre bine si rau), naivitatea, influenta-bilitatea (sunt usor de angrenat in acte ilegale), lipsa (sau diminuarea) motivatiei de a avea grija de propria persoana. Debilului mintal ii sunt afectate operatiile gandirii (maximum de performanta fiind reprezentat de stadiul operatiilor concrete in dezvoltarea intelectului). Debilii mintal sunt greu de depistat, intrucat pot avea un comportament docil, pot manifesta o memorie excelenta (in speta mecanica), o fluenta verbala buna, sau pot trece neobservati, fiind stersi in comportament, timizi.

Cu un slab activism in fata sarcinilor pe care le are de rezolvat si cu o motivatie deficitara, cu superficialitate in emiterea judecatilor de valoare, infantilism in planul afectivitatii si instabilitate relationala, debilul mintal

se caracterizeaza si printr-un deficit de atentie, printr-o saracie a reprezentarilor si lipsa de detalii. Gandirea presupune inertie in rezolvarea de probleme (acestea neputand fi rezolvate pe cai originale, noi), iar memoria se dovedeste fundamental mecanica, existand serioase deficiente pe linia inregistrarii logice a informatiilor si a sesizarii cauzalitatii fenomenelor.

Totusi, debilii mintal ajung sa-si insuseasca deprinderile de scris-citit, de calcul aritmetic, de operare elementara in plan mintal, fara insa sa atinga nivelul gandirii formale. Ei pot achizitiona unele cunostinte in activitate si in viata sociala, dar, pe ansamblu, nivelul dezvoltarii psihice si al adaptarii lor ramane limitat, însa trebuie bine inteles faptul ca dezvoltarea mintala maxima la care poate ajunge un debil mintal nu este echivalenta cu aceeasi varsta mintala a unui copil normal (de ex., un debil cu varsta mintala de 10 ani este diferit de un copil normal de 10 ani chiar daca ei au un nivel mintal identic).

Se poate intampla, de asemenea, ca debilii mintal de acelasi pivei intelectual (stabilit pe baza IQ) sa aiba o dezvoltare scolara, profesionala si sociala diferite, capacitatea de adaptare la conditiile de viata si de munca ale acestora depinzand de experienta lor in primii ani de viata, de tratamentul administrat, de atitudinea familiei, a scolii, de esecurile din primii ani din viata.

Debilitatea mintala se poate prezenta sub mai multe forme in functie de mai multe criterii luate in clasificare. Astfel, dupa:

- gradul gravitatii insuficientei mintale - distingem debilitatea mintala: profunda, severa, mijlocie, lejera (criteriu ce include in debilitatea mintala si celelalte forme ale deficientei mintale);

- mecanismele de producere - diferentiem: debilitate patologica si debilitate normala;

- factori cauzali s-au evidentiat: debilitatea exogena (dobandita) si debilitatea endogena (innascuta). (A. A. Strauss si N. Werner);

- criteriul determinarii in timp - avem: debilitate primara si secundara.

Debilitatea usoara se caracterizeaza printr-un QI intre 50-85. Copiii cu aceasta forma de debilitate sunt educabili, facand fata exigentelor scolare obisnuite pana la varsta de 10 ani. Ei se impart in doua categorii: unii la care exista o reala debilitate si altii la care debilitatea este usoara, functionala (cauza fiind subnutritia) sau culturala (intarzierea fiind in planul achizitionarii informatiilor si posibil de depasit). Debilii mintal usor sunt sugestionabili, putand fi repede recrutati in grupuri delincvente, dar putand ajunge si buni executanti in profesii nu foarte complicate, cu caracter accentuat repetitiv.

Debilitatea moderata se exprima printr-un QI de 35 - 50 si un nivel mintal de 5 - 7 ani la varsta adulta. Depistarea copiilor cu aceasta forma de deficienta mintala se face usor, intrucat ei invata sa vorbeasca foarte greu, stabilesc cu dificultate relatii sociale, sunt dependenti de o persoana din anturaj, au anumite anormalitati fizice care afecteaza coordonarea miscarilor sau comportamentul.

Debilitatea severa cu un QI intre 20-35 nu depaseste nivelul intelectual de 3 - 5 ani. Un astfel de copil invata sa vorbeasca la un nivel foarte simplu, are defecte fizice si este foarte dependent de prezenta cuiva din anturajul sau.

Debilitatea profunda presupune un QI sub 20 si este cea mai dramatica forma de deficienta mintala, nedand posibilitatea nici macar

invatarii de miscari simple si necesitand o supraveghere si o ingrijire permanente din partea celorlalti.

O alta clasificare a debilitatii presupune impartirea ei in exogena si endogena. Debilitatea endogena include acele debilitati considerate "normale"- innascute, in timp ce debilitatea exogena se refera (dupa A. A. Strauss) la acei copii care au suferit inainte sau in timpul nasterii de o infectie a sistemului nervos central cu consecinte negative in plan perceptiv, conceptual si comportamental.

Asemenea debili mintal sunt caracterizati prin hiperactivitate, instabilitate a dispozitiei, anxietate, labilitate, agresivitate, la care E. Doll adauga dificultati de limbaj, deficit vizual, de auz, lateralitate de ritm. Formele de debilitate mintala primara si secundara au la baza criteriul aparitiei in timp. Astfel, debilitatea primara include toate cazurile care au drept cauza o transmisie familiala, in timp ce forma secundara inscrie acele cazuri determinate de anomalii de dezvoltare sau de accidente si boli.

Alaturi de aceste forme de debilitate mintala, din punct de vedere clinic se pot distinge doua forme mari: debilul armonic, la care insuficienta intelectuala este primordiala si debilul dizarmonic, la care tulburarile intelectuale sunt asociate cu cele afective.

Debilul armonic (Th. Simon, G. Vermeylen) - sinonim cu "debilul ponderat" sau "utilizabil" sau "simplu pasiv" - marcheaza cazurile la care deficitul intelectual constituie elementul fundamental. Acest deficit este posibil de compensat datorita calitatilor afective, docilitatii, pasivitatii, adaptabilitatii, fiind posibila educarea.

Debilul dizarmonic - sau "debilul complet" - se caracterizeaza prin preponderenta tulburarilor de comportament si a celor afective la care se pot adauga si tulburari in plan psihomotor. Exista, dupa Simon si G.

BCU "Lucian Blaga" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Vermeylen, mai multe forme de manifestare a debilitatii dizarmonice: debil instabil, excitat, emotiv si hipermotor, prostul, apaticul, debilul epileptoid, pervertit sau pervers, fiecare forma avand anumite trasaturi specifice. Astfel, de exemplu, debilul dizarmonic instabil se caracterizeaza prin incapacitatea de concentrare, agitatie, incoerenta, inconstienta etc, in timp ce debilul dizarmonic emotiv se evidentiaza printr-o instabilitate afectiva mai pronuntata, dar un nivel intelectual superior primilor. Prostul - "debilitatea mintala camuflata" - se caracterizeaza printr-o buna capacitate mnezica, o aparenta usurinta verbala, sugestibilitate, manierism, randament scolar mediocru, in timp ce lenesul (alt tip de debilitate dizarmonica) manifesta indolenta, lipsa de dinamism, incapacitate decizionala (lenea fiind din nastere sau ocazionala).

b. <u>Deficienta mintala severa (de gradul II) – imbecilitatea</u>

Imbecilitatea este cea de-a doua forma de deficienta mintala, situata intre nivelul deficientei profunde si cel al debilitatii mintale, reprezentand un procent de 18 - 20% din totalul deficientilor mintal. Imbecilitatea, stare mintala deficitara ireversibila, consta in incapacitatea de a utiliza si intelege limbajul scris-citit (fiara ca acest lucru sa fie consecinta unei tulburari vizuale, auditive, sau motrice etc.) si de a [illegible]a grija depropria-i intretinere.

In urma unor influente medico-pedagogice, imbecilii pot totusi sa ajunga sa citeasca si sa scrie, dar o fac la nivelul silabelor si al cuvintelor. Imbecilul, capabil sa achizitioneze un volum minim de cunostinte, insuficiente insa pentru o scolarizare corespunzatoare si pentru realizarea independenta a unei activitati, este instruibil pana la un punct. De asemenea, el este in stare de unele calcule elementare, fara a putea insa

achizitiona conceptul de numar si a-si forma o reprezentare clara despre numere si componenta lor.

Coeficientul de inteligenta asociat acestei forme de deficienta variaza la diferiti autori intre 20 - 55/60, in timp ce varsta mintala atinsa de un imbecil se situeaza in intervalul 3-7 ani.

Din punctul de vedere al capacitatii, imbecilul este o persoana incapabila de a se intretine singura, dar cu o capacitate normala de autoprotectie, neflind necesara o asistenta permanenta. Este capabil sa se apere impotriva pericolelor obisnuite (apa, foc, dificultati stradale). Aceasta capacitate a imbecilului (de autoprotectie) il deosebeste, de fapt, de idiot.

Ritmul sau de dezvoltare fizica si psihica nu-i permite decat o adaptare sociala relativa, imbecilul fiind capabil de adaptabilitate la activitati simple, rutiniere, in conditii de plasare in institutii de asistenta si protectie psihopedagogica de tip camine-scoala. Viitorul social al acestui deficient mintal depinde, in mare masura, de mediul de viata si de afectivitate. Imbecilul stabil se va putea incadra intr-o disciplina sociala elementara, iar daca vorbim de imbecilul cu manifestari psihopatice, acesta va fi institutionalizat. Sintetic, putem spune ca imbecilii formeaza acea grupa de deficienti mintal cu un IQ de 30-50, recuperabili din punct de vedere profesional si social, educabili si perfectibili, adaptabili la procesul de instructie, educatie, cu un anumit grad de relativitate insa, integrabili in comunitate in conditii protejate.

Exista mai multe forme clinice de imbecilitate, clasificate in functie de diferite criterii.

Dupa gradul de deficit, E. Seguin imparte imbecilitatea in: superioara (debilitate profunda) si inferioara, iar E.A. DoU afirma existenta a trei

grade de imbecilitate: inferior, mijlociu si superior. Dupa comportament, A.F. Tredgold sustine o clasificare de tip binar: imbecil stabil (apatic) - linistit, fara agresivitate manifestata, inofensiv, cu o afectiune preponderent paterna si imbecil instabil (excitat) - agresiv, agitat, incapabil de a sta locului, vorbind fara intrerupere. in functie de afectivitate, activitate voluntara si particularitatile neurodinamicii, S.M. Pevzner gaseste doua grupe de imbecili: a nepasatorilor, inhibatilor, somnolentilor, apaticilor, indiferentilor si a doua, formata din cei dezinhibati, nelinistiti, excitabili, agresivi. Exista si forme clinice aparte de imbecibilitate avand la baza o etiologie necunoscuta: arieratia autistica (deficit intelectual pronuntat, absenta comunicarii cu posibilitati de educare reduse, capabil doar de automatisme si de comportamente conditionate), imbecilii prodigiosi (caracterizati printr-o dizarmonie de dezvoltare intelectuala si prezenta unei hipermnezii mecanice fantastice).

c. <u>Deficienta mintala profunda (de gradul al III-lea) – idiotia</u>

Idiotia reprezinta forma cea mai grava, mai dramatica de deficienta mintala, previzibila din copilarie, din fericire rar intalnita (5% din totalul deficientilor mintal).

Contemporan, idiotia se defineste dupa c[illegible]ul capacitatii de autoprotectie, adica al capacitatii de a raspunde de propria securitate in viata de toate zilele, fiind incadrata in grupa deficientelor mintale cu importante tulburari organo-vegetative, senzorio-motrice si instinctive. Idiotul nu este decat o persoana cu deficit mintal, incapabil sa vegheze asupra propriei sale sigurante in viata cotidiana.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Dezvoltarea intelectuala a idiotului se opreste la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui IQ situat sub 20.

Idiotul este recuperabil doar intr-un grad foarte mare de relativitate in plan profesional, fiind posibil de plasat doar in conditii de munca protejata. Si din punct de vedere somatic exista in cazul acestei deficiente mintale anumite caracteristici: o stagnare a dezvoltarii fizice, un "facies" aparte - frunte ingusta, urechi malformate, frecvente anomalii dentare, ale limbii sau ale craniului. Rezistenta la infectii a idiotului este extrem de scazuta si de aceea mortalitatea in randul acestor deficienti mintal este destul de frecventa.

Afectivitatea idiotului este puternic marcata de primitivism, frecvent acesta manifestand o afectiune narcisica pentru propriul corp. Exista forme clinice distincte ale idiotiei, in functie de variate criterii de clasificare, desi unii autori considera ca nu exista idiotie, ci idioti. Dupa criteriul limbajului (E. Seguin) exista trei forme de idiotie: idiotul a carui comunicare se rezuma doar la cuvinte si propozitii scurte, idiotul la care articularea se limiteaza la cuvinte monosilabice, idiotul la care limbajul lipseste total.

Dupa criteriul anatomic (Bourneville) se disting sapte tipuri de idiotie: idiotia cu microcefalie, idiotia cu hidrocefalie, idiotia asociata cu intarziere in dezvoltarea cerebrala, idiotia asociata cu agenezie cerebrala, idiotia asociata cu scleroza hipertrofica, idiotia asociata cu scleroza atrofica, idiotia mixodermatoasa.

Dupa criteriul gradului de gravitate (F. Voisin, Cl. Kohler, J. de Ajuriaguerra) exista doua tipuri mari de idiotie: idiotia completa si idiotia incompleta (partiala).

BCU "CAROL I" TIMIȘOARA UNIVERSITY LIBRARY

Idiotia completa este tipul de idiotie rar intalnita, fiind fixata la nivelul automatismelor, al activitatii rudimentare, al comportamentelor instinctive, dezordonate (fie de natura alimentara - ex. bulimie, fie de natura sexuala - ex. masturbatie). in general, idiotul cu aceasta forma traieste foarte putin. Idiotul complet are afectata cronic o parte sau tot sistemul nervos, ramanand la nivelul varstei mintale de 1 an, fara posibilitati de comunicare, cu tulburari neurologice serioase. Viata sa este pur "vegetativa", actiunile sale sunt instinctive, reflexe, impulsive, astfel ca sansele sale de a supravietui sunt reduse. Functiile sale vegetative sunt limitate la o lacomie evidenta, cu sau tara perturbarea gustului, mancand orice ii apare in cale, din aceasta cauza aparand frecvent fenomene de diaree sau de ocluzii intestinale.

Idiotul incomplet (partial) se caracterizeaza prin afectarea partiala a sistemului nervos, printr-o varsta mintala de trei ani si deficite senzoriale destul de accentuate. Perceptiile lui sunt slab dezvoltate, memoria ii este relativ dezvoltata la nivelul recunoasterii obiectelor si a persoanelor din jur, a unor date concrete si simple referitoare la experienta sa de viata. Posibilitatile de comunicare ale idiotului incompl[illegible]nt reprezentate de cuvinte de tip monosilabic, el avand dificultati de intelegere chiar si a comenzilor simple. De asemenea, planul motric este grav afectat in aceasta forma de deficienta mintala: paralizii ale membrelor inferioare, anchilozari etc. Miscarile idiotului incomplet sunt anormale, ritmice, stereotipe, cu tremuraturi, balansari ale trunchiului sau ale capului, sugere de degete etc. in general, acest idiot este inert, foarte rar agitat sau turbulent. Spre deosebire de idiotul complet, nu distinge ce este si ce nu este comestibil, desi prezinta tendinte primitive de foame si de sete. in plus, aceasta forma de idiotie este una cu un oarecare grad de dezvoltare, dand posibilitatea

achizitiei unui numar de mecanisme motorii elementare, de relatii afective simple si a unor posibilitati de dresaj.

Dupa posibilitatile de dezvoltare, Ajuriaguerra distinge alte doua tipuri de idiotie: idiotia automatico-reflexa - la nivel neo-natal, corespunzatoare idiotiei complete si idiotia cu un anumit grad de dezvoltare, echivalenta cu idiotia incompleta.

Acelasi autor imparte idiotia in mai multe tipuri, in functie de criteriul afectiv: idiot apatic, placid, indiferent, relativ maniabil si idiotul excitabil, cu tendinte distructive de autoranire, automutilare.

d. <u>Handicapul de intelect liminar (de limita)</u>

În afara celor trei forme clinice ale deficientei mintale descrise anterior (debilitate, imbecilitate si idiotie), exista si o forma de handicap mintal care acopera zona de granita dintre normal si patologic sl este reprezentata de handicapul de intelect liminar.

Aceasta forma de deficienta mintala se intalneste cand vorbim despre un decalaj intre varsta mintala si varsta cronologica de 2 ani, 2 ani si jumatate la 10 ani, decalaj care va creste treptat pana la 5 ani la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul li m in ar este plafonarea intelectuala la varsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a).

Din punct de vedere somatic, copilul cu acest tip de deficienta este subdezvoltat atat ponderal, cat si statural, avand frecvent semne de rahitism si anemie. In plan neurologic pot exista tulburari motorii de tip paralitic, tulburari de echilibru, fenomene hipoacuzice etc.

Din punct de vedere psihopatologic, copiii cu handicap liminar au anumite caracteristici definitorii: in conditii de sarcini scolare dau raspunsuri inegale (cand corecte, cand incorecte), formuleaza un raspuns in

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

etape (avand nevoie de ajutor, de intrebari suplimentare si de o atitudine incurajatoare din partea invatatoarei in acest sens), solicita timp pentru a raspunde unei intrebari. Ei sunt capabili sa rezolve probleme cu un anumit grad de dificultate (complexitate), dincolo de care insa se lovesc de insucces scolar. In planul lexicografic pot intampina dificultati, asa cum si in plan relational exista unele greutati, din cauza anxietatii puternice si a nesigurantei care ii caracterizeaza. Labili emotional, cu o teama de esec constanta, iara a fi stapani pe ei insisi, acesti copii pot abandona brusc o activitate (aparent fara un motiv anume).

3.1.5. Diagnosticarea deficientei mintale. Diagnosticul diferential

Pana in prezent, atat pe plan national cat si international nu exista criterii unice pentru diagnosticare, intrucat starea de deficienta mintala este dificil de diagnosticat din cauza unui complex de factori: mijloacele de diagnosticare sunt insuficient de perfectionate, modificarea psihometriei (care nu este suficienta pentru a stabili cu certitudine starea de deficienta, ea constituind doar un indicator ce ofera posibilitatea unei cuantificari), dificultati in discriminarea deficientei mintale veritabile de cea aparenta, consecinta unor deficite informationale si a faptului ca se raporteaza la nivelul de exigenta sau la gradul de toleranta impus de mediul social. Complexitatea sindromului de deficienta mintala caracterizat prin nedezvoltarea, oprirea sau perturbarea dezvoltarii mintale, in special a functiilor cognitive, consecinta a unor cauze endocongenitale sau aparute in cursul primei copilarii, impune necesitatea stabilirii diagnosticului diferential sub multiple aspecte.

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

a) **Diagnosticul diferential in cadrul sindromului de deficienta mintala**

Formele clinice ale sindromului de deficienta mintala sunt extrem de multiple, in functie de natura etiologica, de gravitatea deficientei, de modul de organizare a personalitatii. Asa se explica varietatea tabloului simptomatologie in domeniul somatic, neurologic, psihopatologic. Se disting, astfel, trei forme de deficienta mintala, in functie de gravitate: lejera, medie, profunda.

Criteriul psihometric si cel scolar pot constitui doi indicatori care duc la precizarea diagnosticului diferential in functie de anumiti parametri: capacitatea de adaptare la grupul social de diverse densitati, ritmul de dezvoltare etc.

b) **Diagnosticul diferential fata de starile cu simptomatologie apropiata**

Frecvent, din cauza unor tablouri simptomatologice apropiate de cel al deficientei mintale, apar confuzii cu implicatii privind prognoza si depistarea posibilitatilor de perfectibilitate.

Din acest punct de vedere, deficienta mintala trebuie diferentiata de:

- persoanele cu dezvoltare psihica normala, dar neinstruite (care supuse instruirii, chiar tardive, pot depasi plafonul cognitiv initial);
- intarzierea mintala (pedagogica scolara), cauzata de carente afective, mediu social deficitar, carente educative etc;
- pseudodebilitatea mintala (persoana are cunostinte normale, dar adaptarea sociala este deficitara, aidoma deficientului mintal);
- starile de intarziere mintala determinate de unele deficite senzoriale (de vaz sau de auz).

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

c) **Diagnosticul diferential in raport cu fenomenologia psihopatologica**

Aceasta problema continua sa fie controversata. Dupa C. Gorgos (1991), diagnosticul diferential al deficientei mintale se stabileste cu:

- starile deficiente de tip psihopatoid;
- alte stari deteriorate, in care dezvoltarea psihica este normala pana la data imbolnavirii (afectiuni toxice; traumatice etc);
- tulburarile de dezvoltare a personalitatii;
- psihozele cu evolutie defectuala (autism infantil);
- deficite senzoriale primare care, reducand posibilitatile de comunicare, duc la intarziere mintala usoara, secundara.

De asemenea, trebuie facuta o distinctie intre deficienta mintala si alte forme psihopatologice: dementa precoce (care presupune regresia functiilor deja elaborate), deteriorarea mintala (un deficit mintal ireversibil, temporar sau definitiv, ca urmare a unor leziuni organice sau functionale ale creierului, a unor boli mintale sau imbatranirii ologice), epilepsia, reactiile nevrotice si psihopatice, tulburari de comporŹtament.

3.1.6. Limite si posibilitati in recuperare a handicapatilor mintal

Termenul de "recuperare", specific Romaniei, are in esenta, o semnificatie echivalenta, desi e sesizabila o anume incarcatura medicala si sociala (legata de mostenirea "recuperarii" prin munca). Recuperarea se refera la restabilirea, refacerea sau reconstituirea unei functii umane, plecandu-se de la premisa ca aceasta s-a pierdut. Notiunea pare, astfel, inoperanta in cazul deficientelor dobandite sau al celor in care e evident imposibila refacerea.

Scopul recuperarii consta, asadar, in valorificarea la maxim a posibilitatilor individului handicapat, functiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea functiilor afectate. Se urmareste astfel formarea unor abilitati si comportamente care sa-i permita handicapatului o integrare in viata profesionala si sociala. Metodologia utilizata in acest scop poate fi preponderent psihologica, pedagogica sau medicala; rezultatele cele mai bune se obtin prin combinarea celor trei forme, adoptandu-se astfel o actiune unitara concretizata in terapia complexa a recuperarii. Accentul pus pe una sau pe alta dintre cele trei componente trebuie sa tina seama de: gravitatea handicapului, evolutie, nivelul dezvoltarii functiilor neafectate, de posibilitatea suplinirii functiilor deteriorate de catre formatiunile sanatoase, de varsta cronologica si mintala a subiectului, sexul sau etc. Principalele forme de recuperare sunt realizate prin: invatare, psihoterapie si terapie ocupationala.

a) Recuperarea prin invatare

Este o metoda de interventie recuperatorie cu atat mai eficienta cu cat incepe intr-o forma organizata de la varsta prescolara, tinand cont de specificul handicapului. Formele de invatare eficiente in recuperarea handicapului mintal sunt cele de tip afectiv si motivational, forme ce trebuie insotite obligatoriu de invatarea morala si invatarea motrica. Acolo unde este posibil (in functie de gravitatea deficientei mintale) se poate realiza si invatarea de tip intelectual, avand drept obiectiv acumularea de informatii elementare, insusirea unui aparat conceptual, a operarii instrumentale. in acest tip de invatare, metodele verbale sunt esentiale.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

O alta forma de invatare utilizata in recuperarea deficientei mintale este invatarea sociala, prin care handicapatul este orientat spre modele comportamentale concrete, stimulandu-se capacitatea sa de imitare spontana. In acest context, empatia este fenomenul de baza in stabilirea relatiilor interpersonale. Utila este folosirea de intaritori, atat pozitivi (recompensa - materiala sau de tip afectiv, lauda etc), cat si negativi (admonestarea, sanctionarea verbala etc).

b) Recuperarea prin psihoterapie

Desi este o metoda de interventie eficienta, ea este destul de putin utilizata in unitatile pentru handicapati mintal. In cazul formelor usoare si medii de deficienta mintala, poate contribui cu succes la refacerea psihica si sociala a handicapatului. Desi nu inlatura propriu-zis handicapul, psihoterapia actioneaza pozitiv asupra personalitatii individului deficient mintal, inlaturand anxietatea, negativismul, starile conflictuale, activand motivatia, devenind un energizator pentru subiect.

Dintre formele psihoterapiei, adecvate handicapului mintal sunt psihoterapia sugestiva si psihoterapia de relaxare, tinandu-se seama de gradul crescut de sugestibilitate, influentabilitate si dependenta al handicapatului mintal. Sugestia verbala pozitiva actioneaza astfel pentru ameliorarea - inlaturarea unor comportamente aberante (de tip deviant), pentru formarea unor atitudini favorabile invatarii si activitatii, pentru stimularea dorintei si interesului deficientului mintal pentru viata de colectiv.

Desi psihoterapia de relaxare (ex: antrenamentul autogen Schultz) uzeaza de sugestie, ea o depaseste pe aceasta, avand o dubla actiune: atat asupra psihicului cat si asupra fizicului, urmarindu-se organizarea vietii volitionale si directionarea deficientului mintal spre dobandirea

BCU "ASTRA" UNIVERSITY LIBRARY

autocontrolului asupra functiilor sale fiziologice. Pentru succesul acestor tehnici de relaxare este necesar un anumit grad de intelegere si de participare constient-voluntara din partea handicapatului, fapt care le face viabile doar in formele usoare de deficienta mintala. Rezultate foarte bune in recuperarea deficientului mintal ofera terapia ludica (ludoterapia), prin care se pot atinge toate obiectivele propuse in recuperare: dobandirea deprinderilor de viata cotidiana elementare, formarea abilitatilor de munca (pentru anumite meserii), castigarea unei autonomii personale, a posibilitatilor de comunicare si relationare sociala, in vederea integrarii lor in colectiv si in societate.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

c) <u>Recuperare prin terapie ocupationala</u>

Poate fi utilizata cu succes in toate formele de handicap mintal, dintre formele de terapie ocupationala semnificative enumerand: ludoterapia, arterapia, dansterapia, ergoterapia. Aceste metode de recuperare au "priza" la deficientii mintal din cauza interesului viu manifestat de multi dintre ei pentru muzica, dans, pictura, joc, confectionare de obiecte etc, activitati care sunt nu numai momente de consumare a energiei, ci si ocazii de formare si dezvoltare a abilitatilor motrice, practice sau a deprinderilor profesionale. La copiii mai mari, foarte eficienta este ergoterapia, care contribuie la integrarea lor intr-o activitate cu caracter social. Bineinteles ca nu trebuie ignorata adaptarea solicitarilor exterioare (ale jocului, ale ocupatiei) la posibilitatile subiectului, fiind necesara asigurarea bunei dispozitii si a interesului constante ale handicapatului.

In toate aceste tipuri de terapii trebuie sa se puna accent pe compensare, stimulandu-se functiile senzoriale si psihice normale, nealterate.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Putem afirma ca o interventie de tip recuperativ in cazul unei deficiente mintale a avut succes daca persoana cu handicap mintal a capatat un anumit nivel de autonomie personala, si-a insusit abilitati motorii si dexteritati manuale, fiind capabila sa exercite o profesie, daca si-a format comportamente adecvate la situatie, daca poate comunica oral si in scris, daca are format simtul autocontrolului etc.

Rezumat

Deficienta mintala se caracterizeaza in planul vietii psihice printr-o serie de trasaturi generale specifice: vascozitate genetica, heterocronie, rigiditate psihica, rigiditate a conduitei, deficiente de comunicare, heterogenitate, heterodezvoltare intelectuala.

Toate functiile si procesele psihice sunt afectate, intr-un fel sau altul, de existenta handicapului mintal. Astfel, in planul senzorial-per-ceptiv, se remarca dificultati de analiza, ceea ce determina perceperea globala a obiectului sau a imaginii acestuia in detrimentul sizarii elementelor componente. In ceea ce priveste planul reprezentarii, se constata imposibilitatea deficientului mintal de a structura un camp de reprezentare pe baza de simboluri, fapt ce dovedeste functionalitatea slaba a structurii semiotice si absenta, aproape totala, a limbajului interior. Gandirea deficientului mintal cu gradul de debilitate este deficitara la nivelul proceselor superioare ale gandirii, putandu-se evidentia anumite trasaturi definitorii: gandire concreta, situativa, bazata pe clisee verbale, pe imitarea mecanica a actiunilor si a limbajului celor din jur, lacune majore in achizitia conceptelor abstracte si o slaba capacitate de discernamant, dezordini intelectuale etc. Imaginatia la toate formele de nedezvoltare cognitiva este saraca, neproductiva, intensitatea ei fiind invers proportionala cu gradul de gravitate a handicapului, mergand pana la

absenta ei. La toate formele de deficienta mintala apar frecvent tulburari ale imaginatiei, sub forma minciunii si a confabulatiei. in ceea ce priveste nivelul mnezic al deficitului mintal se poate afirma ca, in majoritatea cazurilor (exceptand deficientele severe, grave), acesta nu este modificat in mod evident. Memoria - in formele usoare si medii ale deficientei mintale - este considerata ca avand functie compensatorie, suplinind insuficienta dezvoltare a proceselor cognitive superioare. Atentia deficientului mintal difera de cea a normalului nu atat sub aspectul performantelor, cat prin modalitatea organizarii. Limbajul deficientului mintal poarta amprenta caracteristicilor de concretism, rigiditate si inertie specifice nivelului gandirii. Cele mai frecvente manifestari ale tulburarilor limbajului pe fondul deficientei mintale sunt cele de tipul dislaliei, disgrafiei si dislexiei. Din punctul de vedere al afectivitatii, structurile specifice deficientului mintal sunt specifice psihopatologiei marginale, fiind usor de depistat fenomene de emotivitate crescuta, de puerilism si infantilism afectiv, sentimente de inferioritate si anxietate accentuate, caracterul exploziv si haotic al reactiilor in plan afectiv, controlul limitat al acestora. Diferente sesizabile intre normal si deficientul mintal se observa si daca ne raportam la planul motivational. la deficientul mintal predominand interesele si scopurile apropiate, trebuintele momentane, capacitatea redusa de concentrare a atentiei si neputinta de a prevedea momentele mai importante ale activitatii facandu-l pe deficientul mintal (in speta debilul mintal) sa aiba dese insuccese. Aceste particularitati ale activitatii psihice a deficientului mintal se coreleaza cu tulburarile ce apar in sfera psihomotricitatii. Specifice pentru aceasta deficienta sunt: timpul de reactie scazut, viteza diminuata a miscarilor, imprecizia lor dublata de sincinezii, imitarea deficitara a miscarilor cu reflectarea lor in oglinda care prelungesc

timpul de formare a dexteritatilor manuale si care au semnificatie in deprinderile grafice. Putem spune, asadar, ca personalitatea deficientului mintal este un sistem decompensat (C. Paunescu, I. Musu, 1997). Etiologia handicapului mintal consta in aceste stari de deficienta si/sau incapacitate mintala, care determina scaderea randamentului intelectual si adaptiv in cauza sub nivelul cerintelor minime ale contextului social dat. O clasificare a cauzelor deficientei mintale mai aproape de realitate este realizata de C. Paunescu si I. Musu (1997), autorii desprinzand trei mari categorii (grupe) de factori cauzali ai handicapului mintal: factori biologici (ereditari, genetici), factori ecologici, factori psihosociali. In ce priveste tipologia handicapului mintal, in functie de QI (CI - coeficient de inteligenta), exista: intelect de limita sau liminar (la granita dintre normalitate si handicap), debilitatea mintala (handicap mintal usor sau deficienta mintala moderata, de gradul I.), handicapul mintal sever (deficienta mintala de gradul al II-lea sau imbecilitatea), handicapul mintal profund (deficienta mintala de gradul al III-lea sau idiotia). Debilii mintal formeaza grupa de deficienta mintala usoara, cu un coeficient de inteligenta intre 50 - 70/80, recuperabili pe plan scolar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instructiei, educatiei si exigentelor societatii. Imbecilitatea, stare mintala deficitara ireversibila, consta in incapacitatea de a utiliza si intelege limbajul scris-citit (fara ca acest lucru sa fie consecinta unei tulburari vizuale, auditive, sau motrice etc.) si de a avea grija de propria-i intretinere. Coeficientul de inteligenta asociat acestei forme de deficienta variaza la diferiti autori intre 20 - 55/60, in timp ce varsta mintala atinsa de un imbecil se situeaza in intervalul 3-7 ani. Idiotia se defineste dupa criteriul capacitatii de autoprotectie, adica al capacitatii de a raspunde de propria securitate in viata de toate zilele, fiind

incadrata in grupa deficientelor mintale cu importante tulburari organo-vegetative, senzorio-motrice si instinctive. Idiotul nu este decat o persoana cu deficit mintal, incapabil sa vegheze asupra propriei sale sigurante in viata cotidiana. Dezvoltarea intelectuala a idiotului se opreste la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui QI situat sub 20. Exista si o forma de handicap mintal care acopera zona de granita dintre normal si patologic si ea este reprezentata de handicapul de intelect liminar, cand vorbim despre un decalaj intre varsta mintala si varsta cronologica de 2 ani, 2 ani si jumatate la 10 ani, decalaj care va creste treptat pana la 5 ani la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul liminar este plafonarea intelectuala la varsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a). Complexitatea sindromului de deficienta mintala caracterizat prin nedezvoltarea, oprirea sau perturbarea dezvoltarii mintale, in special a functiilor cognitive, consecinta a unor cauze endocongenitale sau aparute in cursul primei copilarii, impune necesitatea stabilirii diagnosticului diferential sub multiple aspecte. Vorbim despre diagnostic diferential in cadrul sindromului de deficienta mintala (formele clinice ale sindromului de deficienta mintala sunt extrem de multiple, in functie de natura etiologica, de gravitatea deficientei, de modul de organizare a personalitatii), in raport cu fenomenologia psihopatologica etc. Recuperarea ca modalitate de interventie se refera la restabilirea, refacerea sau reconstituirea unei functii umane, plecandu-se de la premisa ca aceasta s-a pierdut. Notiunea pare astfel inoperanta in cazul deficientelor dobandite sau al celor in care e evident imposibila refacerea. Scopul recuperarii consta asadar in valorificarea la maxim a posibilitatilor individului handicapat, functiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea functiilor afectate. Se urmareste, astfel, formarea unor

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

abilitati si comportamente care sa-i permita handicapatului o integrare in viata profesionala si sociala. Metodologia utilizata in acest scop poate fi preponderent psihologica, pedagogica sau medicala. Principalele forme de recuperare folosite in cazul handicapului mintal sunt realizate prin: invatare, psihoterapie si terapie ocupationala. Dintre formele psihoterapjei, adecvate handicapului mintal sunt psihoterapia sugestiva si psihoterapia de relaxare, tinandu-se seama de gradul crescut de sugestibilitate, influentabilitate si dependenta ale handicapatului mintal. Rezultate foarte bune in recuperarea deficientului mintal ofera terapia ludica (iudoterapia) prin care se pot atinge toate obiectivele propuse in recuperare: dobandirea deprinderilor de viata cotidiana elementare, formarea abilitatilor de munca (pentru anumite meserii), castigarea unei autonomii personale, a posibilitatilor de comuniŹcare si relationare sociala, in vederea integrarii lui in colectiv si in societate. Recuperarea prin terapie ocupationala poate fi utilizata cu succes in toate formele de handicap mintal, sub diferite forme: Iudoterapia, arterapia, dansterapia, ergoterapia. in toate aceste tipuri de terapii trebuie sa se puna accent pe compensare, stimulandu-se functiile senzoriale si psihice normale, nealterate. Putem afirma ca o interventie de tip recuperativ in cazul unei deficiente mintale a avut succes daca persoana cu handicap mintal a capatat un anumit nivel de autonomie personala, si-a insusit abilitati motorii si dexteritati manuale, fiind capabila sa exercite o profesie, daca si-a format comportamente adecvate la situatie, daca poate comunica oral si in scris, daca are format simtul autocontrolului etc.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Întrebari recapitulative

1. Enumerati trasaturile psihice generale specifice deficientilor mintal.

2. Caracterizati limbajul imbecilului.

3. Trasati obiectivele recuperarii in cazul debilului mintal.

4. Realizati o paralela intre formele deficientei mintale privind palierele vietii psihice.

Sindroame asociate deficientei mintale (sindroame-cauza)

Exista o serie de sindroame clinice care se asociaza cu diferite grade de deficienta mintala. Cele mai frecvent intalnite dintre acestea sunt prezentate succint in continuare :

Sindromul DOWN (Trisomia 21 sau Mongolism) Anomalie cromozomiala (3 cromozomi x in loc de 2) - gura si dinti mici;

- ochi oblici;

- maini scurte, cu degetul mic curbat;

-cap cu occiput jlat. In general un QI intre 20 si 50 (handicap mintal sever sau chiar profund)

Oligofrenia fenil-piruvica Eroare metabolica ereditara, lipsind enzima care sa neutralizeze fenilalanina (extrem de toxica) - lipsa pigmentului (par extrem de blond ochi de un bleu foarte deschis). Se asociaza cu handicapul mintal sever sau profund.

Galactosemia Lipsa galactozei-1-fosfat

Gargoilismul Afectarea depozitarii mucopolizaharidelor - trasaturi grotesti;

- abdomen proeminent;

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- malformatii cardiace. Toate peal tataluicategoriile de handicap mintal (de la usor la profund)

Hipotiroidismul(Cretinismul) Deficit de iod sau (rar) tiroida atrofica

-crestere deficitara;

- piele buhaita;

- apatie.

Hidrocefalia - Anomalii de dezvoltare ereditare;

- Meningita - crestere rapida a volumului capului

Microcefalia - Iradiere in timpul sarcinii;

- Infectii ale mamei. 1/5 cazuri de retard mintal institutionalizat

BIBLIOGRAFIE

1. Arcan,P.,Ciumăgeanu,D.,(1980), Copilul deficient mintal, Ed. Facla, Timisoara,.

2. Enăchescu,C.,(1979), Igiena mintala si recuperarea bolnavilor psihic, Ed.Medicala, Bucuresti,.

3. Gelder,M.,Gath,D.,Mayou,R.,(1994)., Tratat de psihiatrie - Oxford, Ed. Asociatia Psihiatrilor Liberi din Romania, Geneva Initiative Publishers.

4. Gorgos,C.,(1988), Dictionar enciclopedic de psihiatrie, Ed. Medicala, Bucuresti.

5. Larousse (1998), Dictionar de psihiatrie si psihopatologie clinica, Ed.Univers Enciclopedic, Bucuresti,.

BCU INSTITUTE CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

6. Lungu-Nicolae,S.,(1992)., Program de recuperare complexa a copilului handicapat mintal, Institutul National pentru Recuperarea si Educatia Speciala a Persoanelor Handicapate, 1992.

7. Lungu-Nicolae,S.,(1994)., Sfera perceptiv-motrica a handicapatului mintal, Institutul National pentru Recuperarea si Educatia Speciala a Persoanelor Handicapate..

8. Muşu,I.,Taflan,A.,(1997)., Terapie educationala integrata, Ed. ProHumanitate, Sibiu.

9. Neveanu-Popescu,P.,(1978), Dictionar de psihologie, Ed. Albatros, Bucuresti.

10. Păunescu,C.,(1994), Agresivitatea si conditia umana, Ed. Tehnica, Bucuresti.

11. Păunescu,C.,(1973),, Limbaj si intelect, Ed. Stiintifica si Enciclopedica, Bucuresti, 1973.

12. Păunescu,C ,Muşu,I.(1997), Psihopedagogie speciala integrata - Handicap mintal. Handicap de intelect, Ed. ProHumanitate, Sibiu,.

13. Păunescu,C.,(1983), Copilul deficient. Cunoasterea si educarea lui, Ed. Stiintifica si Enciclopedica, Bucuresti,.

14. Păunescu,C.,(1976), Deficienta mintala si procesul invatarii, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti..

15 Păunescu,C.,(1977), Deficienta mintala si organizarea personalitatii. Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

16 Păunescu,C ,Muşu,I.(1990),. Recuperarea medico-pedagogica a copilului handicapat mintal, Ed. Medicala, Bucuresti.

17. Radu,G.,(2000), Psihopedagogia scolarilor cu handicap mintal, Ed. ProHumanitate, Sibiu,

BCU MS CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

18. Radu,G., Stoiciu,M.,E.,(1976), Unele particularitati ale invatamantului pentru debilii mintal, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

19. Roşca,M.,(1967), Psihologia deficientilor mintal, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti,.

20. Sima,I.,Sima,M.,(1998), Psihopedagogie speciala - studii si cercetari, vol. I, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

21.Sima,I.(2002),Metodologia cercetării în psihosociopedagogie ,Sibiu,Ed.Alma Mater

22. Sima,I.(1995), Studii şi cercetări de psihopedagogie specială , vol.I.,Sibiu Ed.Universităţii „Lucian Blaga".

23. Sima ,I.,Sima,M.,(2002),Psihologie-partea a II-a,Ed. „Alma Mater"

24. Sima,I.(1998), Psihopedagogie specială , vol.I.,Bucureşti, EDP RA.

25. Sima,I.,Sima M.,(1998), Psihopedagogie , vol.I.,Bucureşti, EDP RA.

26. Sima,M(2005), *Conflict şi frustraţie la adolescenţii cu debilitate mintală, comparativ cu adolescenţii normali*, Sibiu,Editura „Psihomedia"

27. Sima ,I.,Sima,M.,(2007),Tulburările de limbaj şi terapia lor , Sibiu,Editura „Psihomedia"

28. Sima,M.(2006), *Introducere în psihopedagogia handicapului mintal, fizic şi comportamental*, Sibiu, Editura „Psihomedia"

29. Străchinaru,I.,(1994), Psihopedagogie speciala, voi. I, Ed. Trinitas, Iasi.

30. Schiopu,U.,(1997),., Dictionar de psihologie, Ed. Babei, Bucuresti.

31. Verza,E.,(Coord.) (1990.), Elemente de psihopedagogia handicapatilor, Ed. Universitatii Bucuresti,.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

32. Verza,E., (1998.), Psihopedagogie speciala, manual pentru clasa a XIII-a, scoli normale, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

33. Verza,E., (1988.), Probleme de defectologie, voi.8 , Ed. Universitatii Bucuresti.

34. Verza,E., (1987.), ., Metodologii contemporane in domeniul defectologiei si logopediei, Ed. Universitatii Bucuresti.

35. Vrăşmaş,T.,Daunt,P.,Muşu,I.,(1996)., Integrarea in comunitate a copiilor cu cerinte educative speciale, Ed. Meridiane, Bucuresti.

36. Zazzo,R.,(1979), Debilitatile mintale, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

37. Weihs.,Th.,(1992)., Sa-i ajutam, iubindu-i, Ed. Humanitas, Bucuresti.

3.2. Psihopedagogia deficientilor de auz

Concepte cheie

- **Deficienta de auz** = deficienta senzoriala, la fel ca si cea de vedere, reprezentand diminuarea sau pierderea totala sau partiala a auzului, din diferite cauze.

- **Surditatea (cofoza)** = handicap de auz total constand in pierderea totala a auzului - peste 90 dB. Acest handicap poate afecta una sau ambele urechi ale unei persoane (deficiente de auz unilaterale - localizate doar la nivelul uneia dintre urechi, cealalta fiind sanatoasa si de cele mai multe ori functionand compensator si deficiente de auz bilaterale - care afecteaza ambele urechi). Exista, in functie de localizarea leziunilor anatomo-fiziologice ale analizatorului vizual, surditate eredi-tara si surditate dobandita.

BCU ARTE CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

- **Hipoacuzia** = handicap de auz partial care presupune diminuarea /degradarea auzului intre 0-90 dB. Acest handicap afecteaza aproximativ 1% din populatie (persoanele cu o astfel de deficienta fiind denumite in popor "tari de ureche"), constituind astfel un serios handicap in viata de zi cu zi a individului, atat in planul scolarizarii, al exercitarii profesiei, cat si al relationarii cu ceilalti oameni. Termenul "pierdere de auz" sau "hipoacuzie" nu implica surditate totala (cofoza), o persoana surda (cofotica) fiind incapabila de a procesa sau auzi sunete cu sau fara un aparat auditiv, in timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz.

- **Mutenie (mutitate)** = stare defectuoasa, caracterizata prin imposibilitatea vorbirii. Este cauzata de leziuni in zona corticala a limbajului, asociate cu leziuni ale aparatului auditiv. Se deosebeste de mutismul electiv cand vorbirea este nerealizata intentionat, fiind vorba de un refuz verbal al subiectului, desi facultatile verbale ale acestuia sunt intacte.

- **Audiometria** = o tehnica cu grad ridicat de precizie in diagnosticarea handicapului de auz care poate fi folosita dupa varsta de 3 ani, constand in masurarea acuitatii auditive separat pentru fiecare ureche in parte si intocmirea audiogramei (grafic reprezentand comparativ acuitatea auditiva a ambelor urechi). Pe baza studierii audiogramei se poate depista tipul deficientei de auz si se va urmari compensarea acolo unde este cazul.

- **Demutizare** = proces de interventie recuperatorie in cazul persoanelor cu surditate, constand in trecerea de la folosirea limbajului mimico-gesticular la insusirea limbajului verbal sonor (oral). Limbajul mimico-gesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifica

cuvinte, litere si stari de spirit. Limbajul surdului ajunge astfel sa capete un caracter bilingv, odata cu parcurgerea procesului demutizarii. Cand se atinge stadiul de trecere de la limbajul mimico-gestual la cel verbal, la surdomutul in curs de demutizare se creeaza conditii pe plan mintal, pentru trecerea de la gandirea in imagini la gandirea notional-conceptuala. Fazele demutizarii sunt: obisnuirea copilului de a vorbi prin obiecte, cu indicarea lor insusirea notiunilor concrete, insusirea celorlalte notiuni.

- **Protezare (auditiva)** = proces recuperator folosit pentru persoaŹnele cu handicap de auz partial (hipoacuziei), presupunand utilizarea unor aparate (proteze auditive sau, mai nou implanturi cohleare) care au drept scop amplificarea intensitatii sunetelor dificil de perceput de analizatorul auditiv al hipoacuzicului. Protezele pot fi de mai multe feluri: cu amplificare lineara - folosite pentru toate frecventele si proteze cu amplificare selectiva - care selecteaza frecventelor utile de cele inutile.

- **Labiolectura** = tehnica utilizata in procesul demutizarii, constand in citirea cuvintelor, a frazelor de pe buzele interlocutorului.

3.2.1. Caracterizarea generala a handicapului de auz

Oamenii au cinci simturi cu ajutorul carora experimenteaza lumea inconjuratoare, simturile fiind uneltele cu care invatam si comunicam. Cand se naste, copilul are mintea deschisa si pregatita pentru receptionarea informatiilor prin toate aceste simturi. Cu cat informatiile primite sunt mai numeroase, cu atat copilul va putea intelege lumea inconjuratoare si se va integra mai bine in societate.

Auzul este critic pentru dezvoltarea vorbirii si a limbajului in general. De aceea este foarte important ca pierderea de auz sa fie descoperita cat mai devreme cu putinta, intrucat o intarziere in dezvoltarea

vorbirii si a limbajului poate fi evitata daca exista o amplificare suficienta a sunetelor.

Handicapul de auz apartine unei categorii mai ample de handicapuri - cele senzoriale (din care face parte si deficienta de vedere) si reprezinta diminuarea sau pierderea totala sau partiala a auzului. Prin instalarea unui deficit auditiv, activitatea si relatiile individului cu lumea inconjuratoare sunt puternic perturbate. Atunci cand handicapul de auz exista de la nastere sau cand apare de timpuriu (mica copilarie), dificultatile in insusirea limbajului de catre copil sunt majore - vorbim despre fenomenul muteniei care insoteste pierderea totala a auzului. In cazul in c degradarea auzului se produce dupa achizitia structurilor verbale si nu se intervine in sens recuperator, se instaleaza un proces de involutie la nivelul intregii activitati psihice.

Putem spune ca, in timp ce pierderea auzului inaintea varstei de 2-3 ani are drept consecinta mutitatea (copilul devenind surdomut), disparitia simtului auditiv la cativa ani dupa insusirea limbajului de catre copil determina dificultati in mentinerea nivelului atins, chiar regresii in plan verbal (din punct de vedere al vocabularului, al intensitatii vocii sau al exprimarii gramaticale).

Efectele deficientei de auz sunt diferite deci in functie de varsta la care a aparut handicapul auditiv, de particularitatile psihice ale individului, de mediul in care traieste acesta, de atitudinea celor din jur etc.

O ureche cu acuitate normala poate sa suplineasca surditatea celeilalte. Din punct de vedere statistic, unul din zece oameni sufera, intr-o masura mai mare sau mai mica, de tulburari ale auzului. Este foarte dificil de a defini dezvoltarea normala atunci cand este vorba despre oameni. Fiecare individ se dezvolta in felul sau in ritmul sau. Putem

vorbi de repere generale in dezvoltarea auzului, desi este mai important de notat care este progresul natural al copilului prin diferitele stadii de dezvoltare decat sa ne concentram pe atingerea unui reper specific pentru o varsta specifica.

Fetusul uman poseda un auz rudimentar inca din a 20-a saptamana de sarcina. Acest auz se va dezvolta si maturiza pe tot timpul sarcinii. Fatul este apt sa auda sunete din exterior, desi aude mult mai bine sunetele de frecventa joasa decat sunetele de frecventa inalta. intre 0-4 luni copilul tresare la sunete bruste si puternice si indreapta privirea sau capul spre sursa sonora. intre 3-6 luni devine interesat de diferite sunete. Experimenteaza auzul producand sunete, aparent recunoscand vocile familiare. La 6-12 luni gangureste si incepe sa inteleaga cuvinte simple cum ar fi "mama" si "pa", fiind in stare sa execute comenzi simple. intre 12-18 luni ganguritul incepe sa se transforme in cuvinte, copilul putand folosi in jur de 20 de cuvinte si intelegand circa 50. La 2 ani poate vorbi in propozitii simple folosind un vocabular de aproximativ 200-300 de cuvinte. ii place sa i se citeasca si poate identifica si numi lucruri observate in imagini, pentru ca la 3-4 ani sa foloseasca cuvinte si propozitii pentru a-si exprima propriile nevoi, intrebari si sentimente. Vocabularul, pronuntia si intelegerea cuvintelor se imbunatatesc vizibil in aceasta perioada. Atunci cand exista o leziune la oricare dintre partile componente ale analizatorului auditiv, abilitatile auditive ale copilului pot fi compromise. Numai cateva afectiuni ale sistemului auditiv pot fi tratate cu medicamente sau chirurgical, in timp ce majoritatea pot fi remediate cu ajutorul unei proteze auditive.

Anumiti factori pot influenta impactul pe care il are pierderea de auz asupra dezvoltarii copilului. Un copil care s-a nascut cu o pierdere de auz

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

prezinta o mai mare intarziere in dezvoltarea vorbirii si a limbajului decat un copil al carui auz a fost afectat dupa insusirea limbajului. De asemenea gradul pierderii de auz are o importanta foarte mare. Cu cat pierderea de auz este mai mare, cu atat dezvoltarea vorbirii si a limbajului va fi mai afectata.

Este foarte important faptul ca pierderea de auz sa fie diagnosticata si tratata cat mai devreme posibil. Exista date clare care arata ca un copil cu o pierdere de auz isi poate dezvolta vorbirea si limbajul similar unui copil cu auz normal, daca este protezat inainte de a implini varsta de 6 luni.

3.2.2. Clasificarea si etiologia handicapurilor de auz

Handicapul de auz se poate manifesta in anumite forme sau grade care presupun deteriorari partiale sau totale ale simtului auditiv.

Condiţionarea genetică a deficienţelor auditive

Deficienţele auditive pot să apară *izolat* sau ca manifestări în cadrul unor *sindroame.*

S-au descris aproximativ 16 tipuri de *deficienţe auditive izolate*, care diferă între ele prin modul de transmitere genetică, prin tipul afecţiunii auditive şi severitatea acesteia, precum şi prin vârsta de debut.

Dintre *sindroamele* în cadrul cadrul cărora apare o deficienţă auditivă menţionăm:

-Sindromul Usher – care se transmite printr-un mecanism autosomal recesiv, asociindu-se o surditate neurosenzorială cu o deficienţă vizuală, aceasta din urmă fiind cauzată de o retinită pigmentară. Apare, astfel, o surdo-cecitate (o dublă deficienţă de auz şi de vedere).

-Sindromul Waardenburg – care este transmis printr-un mecanism autosomal dominant şi cuprinde surditate neurosenzorială, iris de culori diferite şi hipertelorism.

-Sindromul Pendred - se transmite prin mecanism autosomal recesiv, manifestându-se surditate şi hipotiroidism.

-Sindromul Jervell-Lange-Nielsen - se transmite prin mecanism autosomal recesiv, manifestându-se surditate neurosenzorială şi tulburări de ritm cardiac.

Clasificarea tipurilor de deficienta de auz se realizeaza in functie de mai multe criterii:

a. **Dupa gradul (gravitatea) deficitului de auz** identificam: hipoacuzia (diminuarea /degradarea auzului intre 0-90 dB) si surditatea sau cofoza (pierderea totala a auzului - peste 90 dB). Hipoacuzia poate avea, la randul ei, grade diferite de gravitate: hipoacuzie usoara (pierdere de auz de 0-30 dB), hipoacuzie medie (intre 30-60 dB) si hipoacuzie severa sau profunda (intre 60- 90 dB).

Handicapul de auz partial (hipoacuzia) afecteaza aproximativ 1% din populatie (persoanele cu o astfel de deficienta fiind denumite in popor " tari de ureche"), fiind un serios handicap in viata de zi cu zi a individului, atat in planul scolarizarii, al exercitarii profesiei, cat si al relationalii cu ceilalti oameni.

Termenul "pierdere de auz" sau "hipoacuzie" nu implica surditate totala (cofoza). O persoana surda (cofotica) este incapabila de a procesa sau auzi sunete cu sau fara un aparat auditiv, in timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Semnele hipoacuziei

Copiii cu o pierdere de auz adesea invata sa compenseze acest neajuns fiind mult mai atenti la informatiile pe care le primesc pe alte cai, cum ar fi schimbarea intensitatii luminii la inchiderea sau deschiderea unei usi, vibratiile podelei si miscarile aerului. De aceea, raspunsurile lor pot parea normale facand ca pierderea de auz sa fie dificil de depistat. Testarea auzului la copiii nou nascuti, prin programul de screening al auzului, este cea mai buna cale de a detecta pierderea de auz inca de la nastere. Atunci cand nu exista program de screening, adesea parintii sunt cei care incep sa suspecteze o pierdere de auz.

Exista o serie de manifestari care apar in comportamentul copilului care ar putea sa indice daca exista la acesta probleme de auz. Fiecare copil se dezvolta intr-un anume ritm de aceea nici unul dintre aceste semne nu poate indica sigur daca exista o problema, dar fiecare indica pierderea unei importante informatii auditive de catre copil.

Semnele pierderii de auz:

- Nu tresare la sunete puternice.

- Nu poate localiza sursa sonora, de exemplu intoarce capul in directia opusa zgomotului. Copiii cu un auz normal de obicei incearca sa intoarca capul pentru a localiza sursa de sunet chiar de la varsta de cinci luni.

- in general este nevoie de o amplificare a sunetelor atunci cand: copilul sta prea aproape de televizor, da volumul foarte mare, in mod frecvent intreaba "ce?" atunci cand i se vorbeste sau nu raspunde atunci cand este chemat.

- daca isi atinge frecvent urechile sau trage de ele, putem banui ca le simte infundate sau ca exista o infectie la nivelul acestora.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- incetarea sau modificarea ganguritului (acesta devenind mai strident, semanand cu un tipat) in jurul varstei de 6-8 luni.

- lipsa raspunsului normal la sunete (de exemplu, nu raspunde la rostirea propriului nume dupa varsta de 6 luni).

- daca ganguritul nu evolueaza catre sunete ale vorbirii care pot fi recunoscute sau cuvinte atunci cand copilul se apropie de varsta de 2 ani.

- lipsa raspunsului la comenzi simple cum ar fi "adu mingea lui taticu" atunci cand are varsta de aproape un an (mai putin atunci cand comanda este insotita de gestica).

- fuge de contactul cu alti copii sau devine agresiv. Aceasta indica frustrare cauzata de lipsa de intelegere ca urmare a pierderii de auz.

- frecvent nu intelege o adresare directa.

Handicapul de auz total (surditatea sau cofoza) consta in slabirea/pierderea mai mult sau mai putin totala a auzului.

b. **Dupa lateralitate putem intalni**: deficiente de auz unilaterale (localizate doar la nivelul uneia dintre urechi, cealalta fiind sanatoasa si de cele mai multe ori functionand compensator) si deficiente de auz bilaterale (care afecteaza ambele urechi).

c. **Dupa momentul aparitiei deficientei de auz** exista: deficiente ereditare (mostenite) si deficiente dobandite (contractate), acestea din urma fiind la randul lor impartite in deficiente prenatale, perinatale si postnatale.

d. **În functie de localizarea leziunilor anatomo-fiziologice ale analizatorului vizual** se vorbeste despre: surditate ereditara Siebenmann (in care se produc leziuni ale capsulei osoase si ale celulelor senzoriale sau ganglionare de la nivelul fibrelor nervoase), surditate Sheibe (cauzata de atrofierea nicovalei prin lezarea senzoriala a canalului cohlear, a

BCU "AS" / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

saculei, a organului Corti si a vascularizarii striate) si surditate Mondini (determinata de lezarea nucleului, de dilatarea canalului cohlear si a vestibulului, de atrofierea nervului cohlear, a ganglionilor si a organului Corti).

e. **Dupa etiologia anatomo-fiziologica,** handicapul de auz total se mai poate clasifica in urmatoarele forme: surditate de transmisie sau de conducere (caz in care sunetul este impiedicat sa ajunga la urechea interna din cauza unor malformatii ale urechii, defectiuni ale timpanului, obturari sau blocari ale canalului auditiv externi surditate de perceptie (care consta in pierderea functiei de receptie la nivelul acesteia, al nervului auditiv sau al centrilor nervosi) si surditate centrala sau mixta (care include atat elemente ale surditatii de transmisie, cat si ale celei de perceptie, fiind provocata de afectiuni ale nervului auditiv sau cerebral). Tinand cont de cele spuse anterior, putem depista cauze ale deficientei de auz ereditare si cauze ale deficientei de auz dobandite. In prima categorie (a cauzelor deficientei de auz ereditare) includem posibilele anomalii cromozomiale transmise de la parinti la copii, in timp ce in a doua categorie (cauze ale deficientei de auz dobandite) gasim trei tipuri de cauze: a. cauze prenatale - care intervin pe perioada sarcinii si constau in maladii infectioase ale gravidei, tulburari ale metabolismului, afectiuni endocrine, hemoragii, ingerarea de substante toxice (de ex. alcool), incompatibilitatea factorului Rh (mama-fat), traumatisme fizice etc; b.cauze perinatale (neonatale) - constand in leziuni anatomo-fizilogice in timpul nasterii, hemoragii, anoxie sau asfixie albastra etc; c. cauze postnatale - de natura toxica sau traumatica (infectii - otita, rujeola, stari distrofice, accidente, lovituri la nivelul urechii, expuneri indelungate la stimuli auditivi foarte puternici - ex. muzica ascultata tare la casti etc).

Toate cauzele enumerate mai sus pot duce la aparitia handicapului de auz, fie ca este vorba despre unul partial (hipoacuzie), fie ca este total (surditate).

Multi oameni asociaza pierderea de auz cu imbatranirea. intr-adevar, majoritatea pierderilor de auz au legatura cu imbatranirea, dar mai sunt multe alte cauze ale hipoacuziei. Aceste cauze pot fi ereditare, patologice (ca rezultat al unor boli), idiopatice (cu origine necunoscuta). in mod obisnuit, hipoacuzia este impartita in doua categorii: hipoacuzie de transmisie si hipoacuzie neurosenzoriala, in functie de locul afectiunii. Un copil poate avea o hipoacuzie mixta, ceea ce este, de fapt, o combinatie a celor doua. Cunoasterea tipului hipoacuziei este necesar pentru stabilirea tratamentului adecvat.

- Hipoacuzia de transmisie

Hipoacuzia de transmisie are ca rezultat reducerea nivelului sonor de la pavilion pana la urechea interna. Aceasta poate fi cauzata de blocarea caii de transmitere a sunetelor sau de unele leziuni ale structurilor anatomice (pavilion, conduct auditiv extern, ureche medie). Transmiterea sunetelor poate fi impiedicata de unul sau mai multi factori, de exemplu, presiunea din urechea medie poate fi prea mare sau prea mica, ceea ce face ca timpanul sa nu se miste liber, blocarea sau dislocarea articulatiilor oscioarelor din urechea medie care duce la inflexibilitatea acestora. Marea majoritate a hipoacuziilor de transmisie pot fi tratate medicamentos sau chirurgical. Dar nu intotdeauna aceste proceduri pot restabili un auz normal. De aceea, persoanele cu hipoacuzii de transmisie pot beneficia cu succes de un aparat auditiv.

Cele mai frecvente cauze ale hipoacuziilor de transmisie se regasesc in perioada copilariei.

BCU "ASTRA" CENTRALA UNIVERSITARA

Dopul de cerumen

Acumularea de cerumen in conductul auditiv poate fi una dintre cauzele hipoacuziei de transmisie. Acesta trebuie indepartat de catre un specialist atunci cand a fost identificat drept cauza a pierderii de auz. Îndepartarea se face fara complicatii, dupa care in mod normal auzul este in totalitate restabilit.

Infectiile urechii medii (otita medie) –

Infectia urechii medii este o afectiune des intalnita in special la copiii mici. O infectie acuta este foarte dureroasa si trebuie tratata imediat. Daca tratamentul nu este aplicat suficient de repede, poate aparea o fisura a timpanului. Un timpan sanatos in mod normal se vindeca singur inchizand ruptura printr-o cicatrice. In orice caz, o acumulare de cicatrici la nivelul timpanului, ca urmare a mai multor episoade ale infectiei, poate cauza o hipoacuzie de transmisie care va fi mult mai dificil de redresat. O infectie cronica, o alta forma de otita, poate sa nu fie dureroasa, dar din aceasta inflamatie poate rezulta o hipoacuzie de transmisie considerabila. O astfel de infectie, daca este ignorata pentru o perioada lunga de timp, poate cauza complicatii grave cum ar fi aparitia unei hipoacuzii neurosenzoriale.

- Hipoacuzia neurosenzoriala

Hipoacuzia neurosenzoriala este cauzata de leziuni la nivelul celulelor ciliate din urechea interna (cohlee) si/sau la nivelul fibrelor aferente ale nervului auditiv care duc impulsul de la urechea interna la creier. Acest tip de pierdere auditiva poate fi foarte rar reversibila prin medicamentatie sau prin proceduri chirurgicale. Hipoacuzia neurosenzoriala este de cele mai multe ori compensata cu ajutorul unui aparat auditiv.

BCU "SPIRU HARET" UNIVERSITY LIBRARY

Cele mai frecvente cauze ale hipoacuziei neurosenzoriale la copii sunt:

Congenita. in acest caz copilul s-a nascut cu o pierdere de auz. O hipoacuzie congenitala poate fi ereditar transmisa de catre unul dintre parinti sau o ruda mai indepartata. Poate fi consecinta unor sindroame genetice (sindromul Down). Pe deasupra, acest tip de hipoacuzie poate aparea datorita unor factori agresivi care actioneaza in timpul sarcinii cum ar fi: alcoolul, drogurile, medicamentele, bolile contactate de catre mama inainte sau in timpul sarcinii sau complicatii la nastere.

Trauma acustica. Expunerea continua si excesiva la sunete puternice sau expunerea scurta la un sunet de impact pot cauza o hipoacuzie neurosenzoriala (ex. artificii si pistoale).

Infectiile. in cazuri grave de boli cum ar fi pojarul, oreionul, meningita sau tusea convulsiva (tusea magareasca), pot aparea hipoacuzii neurosenzoriale cu pierderi foarte mari.

3.2.3. Diagnosticarea handicapului de auz

O tehnica cu grad ridicat de precizie in diagnosticarea handicapului de auz este audiometria, care poate fi folosita dupa varsta de 3 ani. Ea consta in masurarea acuitatii auditive separat pentru fiecare ureche in parte si intocmirea audiogramei (grafic reprezentand comparativ acuitatea auditiva a ambelor urechi). Pe baza studierii audiogramei se poate depista tipul deficientei de auz si se va urmari compensarea acolo unde este cazul. Este important sa se faca distinctie intre copilul hipoacuzie si cel deficient mintal, afazic sau cu tulburari de caracter (care si ei pot sa nu vorbeasca, dar din alte cauze).

BCU "SUCEAVA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Depistarea si diagnosticarea handicapului de auz cat mai de timpuriu faciliteaza luarea unor masuri medicale si psihopedagogice adecvate si necesare pentru a asigura o dezvoltare apropiata de normal si pentru organizarea activitatii de formare a comunicarii, a exersarii cognitiei. Disfunctia auditiva poate fi depistata inca din primul an de la nastere, printr-o serie de mijloace empirice, dar si stiintifice. Pentru copiii mici se iau in considerare reactiile de raspuns la diferite sunete depistate prin observatie de parinti, rude, educatori care se manifesta prin tresarire, miscari ale ochilor sau ale unor segmente ale corpului in directia sursei de zgomot, prin intelegerea si raspunsul la vorbire, indicarea unor obiecte numite de catre adult etc. in jurul varstei de 3 ani se pot utiliza unele teste de auz, cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinner si testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite sa diferentieze surditatile de perceptie de cele de transmisie si ajuta totodata, la depistarea unor forme de cofoza mixta, folosind ca instrument de lucru diapazonul. Testul lui Weber se bazeaza pe faptul ca persoanele normale percep tonul diapazon ce este aplicat pe frunte. Cand diapazonul este aplicat pe linia mediana a fruntii unui handicapat care sufera de o surditate unilaterala a urechii medii, sunetul diapazonului va fi perceput in urechea bolnava, iar in conditiile cand surditatea este provocata de afectarea labirintului sau a nervului auditiv unilateral, sunetul este auzit in urechea normala. Cu ajutorul testului Rinner se poate realiza verificarea separata a fiecarei urechi odata cu blocarea urechii opuse. Pentru aceasta, diapazonul in vibratie se aplica pe apofiza mastoida si, in cazul cand sunetul nu este perceput, diapazonul se apropie de meantul auditiv. Cand surditatea este localizata la urechea medie, subiectul nu aude sunetul daca este indepartat de os, iar daca auzul este normal, sunetul poate fi auzit un timp si dupa

incetarea perceptiei osoase. Testul lui Schwabach contribuie atat la verificarea conductibilitatii osoase, cat si a celei aeriene. Procedeul consta in raportarea unor calitati ale auzului subiectului testat la cele ale examinatorului. Astfel, cand subiectul nu mai aude sunetul prin conductibilitatea osoasa, diapazonul se aplica pe apofiza mastoida a examinatorului, iar cand nu aude sunetul prin conductibilitatea aeriana, diapazonul este plasat in apropierea urechii examinatorului. Pentru ambele forme ale testarii se marcheaza timpul in care examinatorul continua sa auda sunetul dupa ce subiectul nu-l mai aude, timp ce se constituie ca parametru al pierderii auzului. Toate cele trei teste pun in evidenta faptul ca afectarea urechii medii duce numai la disfunc-tionalitatea aeriana, in timp ce surditatea determinata de leziuni ale urechii interne sau ale cailor auditive determina afectiuni atat in transmiterea sunetului prin intermediul oaselor craniului, cat si prin aer.

Comportamentele si activitatea psihica a handicapatului de auz se manifesta si in functie de gradul pierderii auzului, dar fara a neglija alte caracteristici, cum sunt cele legate de varsta la care intervine afectiunea, potentialul psihic, conditiile mediului socio-cultural in care traieste etc. Aceste aspecte au la baza in primul rand, modul in care subiectul se poate relationa prin comunicare cu cei din jur. Daca, in hipoacuzia usoara si in cea medie, realizarea contactului cu cei din jur se face printr-o sporire a auditiei si printr-o apropiere relativa fata de sursa de emisie, in hipoacuzia severa incep sa apara dificultati ce pot fi relativ estompate prin utilizarea protezelor, iar in cofoza se impune o demutizare precoce. Copiii de orice varsta, chiar si cei nou-nascuti, pot face teste de auz. Exista o mare varietate de metode disponibile de testare a auzului care vor fi alese in functie de varsta si maturitatea copilului. Testele de auz nu vor fi

traumatizante pentru copil. in unele tari testele de auz sunt o rutina in cadrul sistemul pediatric.

Alte teste utilizate pentru diagnoza defectului de auz, in afara celor enuntate anterior sunt:

Anamneza, care urmareste obtinerea a cat mai multor informatii posibile de natura sa determine cauza pierderii auditive, efectele si complicatiile aparute. intrebarile pot fi referitoare la familie, la mediul in care s-a dezvoltat copilul, la bolile pe care le-a avut, la felul cum a decurs sarcina si multe altele.

Otoscopia. Otoscopul este un instrument care emite lumina, special creat pentru vizualizarea clara a conductului auditiv si a timpanului. Cu ajutorul acestui instrument se pot observa posibilele anomalii anatomice ale urechii care contribuie la pierderea de auz.

Otoemisiunile acustice. Acest test care detecteaza pierderea de auz fara a fi necesara participarea activa a copilului este foarte rapid si sigur si se poate face si in centrele neonatale la cateva zile de la nasterea copilului. El masoara activitatea celulelor ciliate din urechea interna ca urmare a stimularii lor acustice si se realizeaza atunci cand copilul este foarte linistit sau doarme.

Potentialele evocate auditive. Cu ajutorul acestui test se masoara undele (impulsurile) aparute in creier in urma stimularii sonore. De asemenea, acest test se realizeaza fara participarea activa a copilului. Durata lui este mai mare decat in cazul otoemisiunilor, dar informatiile obtinute pot fi utilizate in cazul in care copilul are nevoie de un aparat auditiv.

Impedanta acustica. Acest test inregistreaza miscarile timpanului ca urmare a schimbarii de presiune din urechea medie. Masurarea mobilitatii

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

timpanului si a presiunii din urechea medie poate oferi informatii despre integritatea urechii medii. Acest test este foarte util in determinarea cauzei hipoacuziei copilului si este testul care va determina alegerea diagnosticului in cazul infectiilor urechii medii. Cu ajutorul imitantei se poate inregistra si pragul reflexului acustic care apare ca urmare a sunetelor puternice. Acest reflex are ca efect o "incordare" a timpanului si este o protectie naturala impotriva sunetelor puternice. In cazul in care nu este obtinut un reflex acustic sau este obtinut la intensitati foarte mari, acesta este un semnal de alarma ca o structura a aparatului auditiv este afectata. Testul se realizeaza foarte rapid si nu necesita participare activa a copilului.

3.2.4. Caracteristicile functiilor si proceselor psihice la handicapatii de auz

Deficienta de auz afecteaza intr-o masura mai mare sau mai mica (in functie de gradul pierderii auzului) toate palierele vietii psihice a individului, atat din punct de vedere cantitativ, cat si calitativ. Se stie ca, prin ea insasi, disfunctia auditiva nu are efect determinant asupra dezvoltarii psihice; totusi ea duce la instalarea mutitatii, care stopeaza dezvoltarea limbajului si restrange activitatea psihica de ansamblu. Unele forme ale handicapului de auz pot determina si o intarziere intelectuala, cauzata de modificarea raportului dintre gandire si limbaj. C. Pufan arata, astfel, ca gandirea surzilor presupune operare cu imagini generalizate, analiza, sinteza, comparatia, abstractizarea si generalizarea fiind realizate dominant prin vizualizare. Ca urmare, gandirea deficientului de auz se evidentiaza prin concretism, rigiditate, sablonism, ingustime si inertie,

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

deosebindu-se astfel de gandirea persoanei auzitoare - care este predominant verbala.

La copiii surzi din nastere, insusirea comunicarii verbale este blocata, la fel si achizitia de experiente sociale, fapt ce limiteaza dezvoltarea capacitatilor intelectuale, a gandirii si a personalitatii copilului. Pe fondul surditatii contractate (dobandite) dupa achizitionarea limbajului, apare diminuarea capacitatilor intelectuale ale copilului, daca nu se intervine compensator in mod sistematic si organizat in directia stimularii proceselor psihice.

Chiar si in hipoacuzie pot aparea fenomene de regres sau de stagnare, in lipsa unor factori stimulatori pentru comunicare.

Limbajul handicapatilor de auz este puternic influentat de deficienta senzoriala existenta, fiind afectate in planul vorbirii modul de exprimare si calitatea discursului, neexistand feedback-ul sonor de corectie sau fiind diminuat. Limbajul oral al deficientului de auz este, asadar, deficitar pe linia exprimarii (nearmonioase), a intonatiei (stridenta sau monotona), a ritmului, a calitatii articularii, fapt ce perturba inteligibilitatea vorbirii. Avand in vedere ca hipoacuzicii au posibilitatea de a percepe unele sunete si cuvinte, vocabularul lor se dezvolta mai rapid decat cel al surzilor, astfel ca ei ajung sa foloseasca tot mai corect exprimarea prin cuvinte si propozitii, sa inteleaga mesajele verbale receptionate si sa se faca intelesi de interlocutori.

Limbajul handicapatului de auz total (surd) este bazai non-verbal - mimico-gestual, centrat pe utilizarea gesturilor ca mijloace de comunicare, codificand in ele cuvinte, expresii, stari, propozitii. Acest tip de limbaj presupune reprezentarea gandurilor, ideilor prin imagini in actiune. Gesturile folosite de copilul surd pot fi naturale (ce imita o actiune sau o

caracteristica existenta in realitate), artificiale (fiind simbol - sinteza a unei idei), indicatoare (ex.: gestul de a arata spre ceva), evocatoare (ex.: deget la ureche) etc, intre gesturi si mimica existand o concordanta puternica. Limbajul surdului ajunge sa capete un caracter bilingv, odata cu parcurgerea procesului de demutizare, cand se face trecerea la insusirea limbajului verbal sonor (oral).

Exista o diferenta vizibila privind comportamentul si personalitatea copiilor surzi proveniti din familii normale cu parinti auzitori si a celor proveniti din familii de surzi. Acestia din urma, ajunsi la scoala, vin cu un bagaj de cunostinte mult mai mare si mai variat decat ceilalti, folosesc o gama bogata de gesturi extrem de expresive si dau dovada mai putin de inhibitie si de timiditate.

Personalitatea deficientilor de auz poarta amprenta handicapului existent, desi si aici vorbim de diferente comportamentale. Astfel, sunt copii deficienti de auz (mai multi ca numar), timizi, neincrezatori, dependenti de anturaj, anxiosi, negativisti, cu teama crescuta de esec, lipsiti de initiativa, fara interese, cu frica de respingere, asa cum exista si deficienti de auz sociabili, degajati, optimisti.

3.2.5. Recuperarea si integrarea deficientilor de auz

Odata cu asigurarea conditiilor de demutizare pentru surdomut si de stimulare a comunicarii verbale pentru hipoacuziei se pun bazele formarii gandirii notional-verbale si se faciliteaza dobandirea de experiente, de cunostinte, de cultura, imprimand caracter informativ si formativ activitatii cu handicapatii de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, scolii si cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifica pentru formarea

comunicarii verbale si crearea posibilitatilor de invatare a limbajului. O asemenea metodologie vizeaza formarea comunicarii verbale, care trebuie sa porneasca de la ideea ca procesul de invatare se va baza pe mimicogesticulatie, labiolectura si, intr-o oarecare masura, pe dactileme. Dar la hipoacuziei si la surdomutii in curs de demutizare, forma principala de invatare trebuie sa alterneze, in functie de structura clasei de elevi invatarea intelectuala si invatarea efectiva. In acelasi timp, invatarea motrica si invatarea morala vor insoti intregul proces educativ, data fiind necesitatea formarii unor deprinderi de abilitare psihomotrica si a elaborarii unor habitudini psihocomportamentale. De asemenea, trebuie sa se aiba in vedere, la surdomutul in curs de demutizare, ca metodologia invatarii comunicarii, bazata pe utilizarea exclusiva a limbajului mimicogesticular, dactil etc, oricat de perfectionate ar fi acestea, nu pot asigura exprimarea nuantata, complexa si precisa a intregului complex al gandirii, ceea ce presupune si dezvoltarea limbajului verbal prin intermediul caruia se realizeaza interrelationarea de tip uman si stimularea cognitiei. Dificultati si limitari rezulta si din faptul ca limbajul gestual presupune transmiterea simultana a semnelor, in timp ce semnalele sonore se produc succesiv, ceea ce faciliteaza o mai buna discriminare a fenomenelor si cuvintelor. Prin demutizarea surdomutului si dezvoltarea vorbirii hipoacuzicului, vocabularul se imbogateste continuu si se perfectioneaza pronuntia, astfel incat cuvintele invatate inlocuiesc, tot mai frecvent, exprimarea prin gesturi. Cu toate acestea, handicapul de auz va influenta si in continuare modul de exprimare si calitatea vorbirii subiectului. in aceste conditii, vorbirea handicapatilor de auz se mentine deficitara pe linia exprimarii, a intonatiei, a ritmului, a calitatii articulatiei, ceea ce afecteaza inteligibilitatea vorbirii.

Avand in vedere faptul ca hipoacuzicii au posibilitatea de a percepe unele sunete si cuvinte, vocabularul lor se dezvolta mai rapid si se ajunge la folosirea tot mai corecta a intelegerii prin cuvinte si propozitii. Procesul de insusire a structurilor verbale, ca si automatizarea lor sunt dependente de structura fonetica a cuvintelor, de utilizarea acestora cat mai frecvent in diverse activitati, de gradul de accesibilitate a cuvintelor, de felul in care educatorul stie sa le lege de continutul corect pentru a facilita la elevi surprinderea semnificatiei lor. Activitatea de invatare a limbajului atat in gradinita, cat si in scoala speciala trebuie sa se bazeze pe o metodologie specifica, care sa permita realizarea legaturii dintre cuvinte, imaginile labiovizuale si semnificatia verbala, pentru a se putea ajunge la elaborarea de stereotipii dinamice, prin intermediul carora, receptarea succesiunii de imagini labiobucale a sunetelor vizibile sa determine declansarea articulatiei si sa faca posibila intelegerea comunicarii.

Cand se atinge stadiul de trecere de la limbajului mimicogestual la cel verbal, la surdomutul in curs de demutizare se creeaza conditii pe plan mintal, pentru trecerea de la gandirea in imagini la gandirea notional- Ś conceptuala. in aceste conditii, cuvantul stimuleaza nu numai dezvoltarea gandirii, dar si a celorlalte procese psihice. in acest caz, notiunea devine integrator al treptei senzoriale si logice, deoarece cu ajutorul cuvantului ce o exprima, se acumuleaza experienta si se vehiculeaza informatia necesara desfasurarii operatiilor gandirii: abstractizarea, generalizarea etc. Ca urmare, schemele operationale se perfectioneaza in raport de parcurgerea etapelor caracteristice gandirii si limbajului ce se modifica calitativ si cantitativ in procesul demutizarii.

Handicapatii de auz care nu beneficiaza de demutizare au tendinta de a se izola de auzitori, ceea ce duce la intretinerea unor relatii interumane

restranse, cu efecte negative pe linia integrarii sociale si profesionale. Prin izolare se instaleaza o serie de caracteristici in care copilul handicapat devine timid, dependent, neincrezator in fortele proprii, anxios, negativist, lipsit de initiativa, nemotivat pentru activitati, in raport insa de cantitatea si calitatea procesului recuperativ, asemenea neajunsuri pot fi depasite si se pot asigura conditii normale pentru socializare si profesionalizare. Activitatea organizata de invatare imprima relatiei dintre cognitiv si afectiv un astfel de curs incat copilul isi formeaza comportamentele ce au la baza motivatii asimilate prin intelegere si constientizare. De aici si trairea mai putin dramatica a deficientei de care sufera. in acest context, activitatea recuperativ-compensatorie contribuie la reabilitarea sociala a handicapatilor de auz.

Obiectivele generale ale interventiei recuperatorii in deficienta de auz totala sunt:

- realizarea demutizarii;

- conservarea si dezvoltarea limbajului verbal la deficientii care au dobandit surditatea dupa ce au asimilat limbajul.

Demutizarea presupune trecerea de la limbajul mimicogesticular la cel verbal. Limbajul mimicogesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifica cuvinte, litere si stari de spirit.

Fazele demutizarii sunt:

1) obisnuirea copilului de a vorbi prin obiecte, cu indicarea lor;

2) insusirea notiunilor concrete;

3) insusirea celorlalte notiuni.

Se pot folosi si protezele auditive pentru amplificarea intensitatii sunetelor, acestea fiind de mai multe feluri:

- proteze cu amplificare lineara - folosite pentru toate frecventele;

- proteze cu amplificare selectiva - prin selectia frecventelor utile de cele inutile.

Proteza auditiva se utilizeaza gradat ca interval de utilizare, prima data doar o jumatate de ora, apoi o ora intreaga etc. inainte de a se pune proteza trebuie sa se stie ca folosirea ei poate determina reactii negative de genul: refuzul organismului de a primi acest corp strain sau starea de disconfort traita de copilul care se vede ca arata altfel. Demutizarea mai inseamna si invatarea labiolecturii, adica citirea cuvintelor, a frazelor de pe buzele interlocutorului.

Dupa C. Pufan, demutizarea se produce astfel:

1) **etapa premergatoare demutizarii** - cu predominanta gandirii si limbajului concret;

2) **etapa de inceput a demutizarii** - gandirea si limbajul se realizeaza pe baza imaginatiei si partial pe baza de cuvinte;

3) **etapa demutizarii concrete** - predominanta gandirii si a limbajului pe baza de cuvinte si partial pe baza de imagini;

4) **etapa demutizarii realizate** - cand gandirea si limbajul au aceleasi posibilitati la auzitor.

În procesul educational al copiilor cu deficiente de auz se utilizeaza anumite **forme de comunicare:**

1. **Comunicarea verbala - orala, scrisa** (are la baza un vocabular dirijat de reguli gramaticale si se bazeaza si pe labiolectura - suport important de intelegere).

2. **Comunicarea mimico-gestuala** (este cea mai la indemana forma de comunicare, de multe ori, folosita intr-o maniera stereotipa si de auzitor).

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3. **Comunicarea cu ajutorul dactilemelor** (are la baza un sistem de semne manuale care inlocuiesc literele din limbajul verbal si respecta anumite "reguli gramaticale" in ceea ce priveste topica formularii limbajului).

4. **Comunicarea bilingva** (comunicare verbala + comunicare mimico-gestuala, comunicare verbala + comunicare cu dactileme).

5. **Comunicare totala** (presupune folosirea tuturor tipurilor de comunicare, in ideea de a se completa reciproc si de a ajuta la corecta intelegere a mesajului).

Observatii:

- Educatorii sunt cei mai in masura sa decida forma de comunicare adoptata in relatiile cu deficientii de auz, in functie de: nivelul deficientei, nivelul inteligentei copilului, de particularitatile personalitatii deficientului

- Nu se poate spune care dintre aceste forme de comunicare este superioara, eficienta lor se vede doar in practica, important fiind ca deficientul sa stie sa comunice si sa inteleaga mesajul.

- Legislatia din tara noastra permite persoanelor cu handicap care au absolvit cursurile liceale cu diploma de bacalaureat sa se poata inscrie la cursurile invatamantului superior cu respectarea normelor si a metodologiilor elaborate de fiecare institut de invatamant superior si cu asigurarea conditiilor necesare exprimarii cunostintelor si competentelor din partea persoanei deficiente.

-Îin tara noastra, persoanele cu handicap de auz au posibilitatea sa se pregateasca in meserii ca: desenator tehnic, tehnician dentar, croitor, instalator, matriter, frezor, tamplar etc.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Copiii se nasc cu o minte deschisa, fara prejudecati, acceptand in totalitate lumea inconjuratoare. Copilul hipoacuzie nu se considera a fi "handicapat" decat daca este facut sa creada asta.

- Oamenii sunt incredibili atunci cand este vorba de a-si compensa o deficienta fizica sau psihica. De fapt, fiecare este obisnuit sa aiba o deficienta, mai mica sau mai mare cu care se confrunta zi de zi - vedere proasta, constitutie slaba, irascibilitate.

- Parintii sunt in general primii care suspecteaza o pierdere de auz in cazul copilului lor. O interventie imediata din partea lor are un impact favorabil asupra copilului.

Primii pasi in lucrul parintelui cu copilul hipoacuzie Parintele trebuie:

- sa continue sa se joace, sa cante si sa vorbeasca copilului sau. Este valabil in cazul tuturor copiilor faptul ca un contact pozitiv cu adultii este esential pentru dezvoltarea emotionala normala. Este posibil ca in cazul unui copil hipoacuzie nevoia de apropiere si de comunicare sa fie chiar mai mare;

- sa se uite la copil atunci cand i se adreseaza. Buzele, mimica si miscarile corpului aduc informatii suplimentare;

- sa vorbeasca cu voce clara si puternica, nu strigata. Ridicand foarte mult vocea, poate face ca sunetele sa fie distorsionate si astfel intelegerea este mult mai dificila;

- sa se asigure ca este suficient de multa lumina pentru ca fata lui sa fie vizibila in momentul vorbirii;

- sa se asigure ca audiologul sau medicul care se ocupa de copil este specializat in munca cu copiii;

BCU "ASE" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- sa il protezeze cat mai curand posibil pentru a se asigura ca beneficiaza la maximum de posibilitatile auditive. Cu cat copilul beneficiaza mai devreme de amplificare cu atat sansele unei dezvoltari a limbajului cresc

- sa gaseasca un specialist care sa se ocupe de problema.

Comunicarea realizata cu copilul deficient de auz de catre parintii lui trebuie sa aiba anumite trasaturi:

Felul in care aude copilul depinde de specificitatea hipoacuziei lui. Asadar, specialistul care se ocupa de copil trebuie sa descrie pierderea auditiva astfel incat sa se poata comunica cu el cat mai eficace posibil. În majoritatea cazurilor este recomandat sa se foloseasca o voce clara, articulata pentru a exprima anumite sunete care ajuta la imbunatatirea inteligibilitatii vorbirii. Acest lucru minimalizeaza nevoia de repetare a cuvintelor si imbunatateste comunicarea cu copilul.

Orele de logopedie (domeniu specializat in dezvoltarea vorbirii si a limbajului) vor imbunatati receptia (auzul) si exprimarea (vorbitul) cuvintelor si expresiilor. Un specialist in acest domeniu va crea un mediu propice pentru copil sa invete sa recunoasca si sa produca anumite sunete, cuvinte si propozitii.

În cazul in care copilul are o pierdere severa sau profunda de auz, este indicat sa se inceapa un program de reabilitare a vorbirii (logopedie) care va fi sustinut si cu alte tehnici cum ar fi: labiolectura (citirea dupa buze), gestica, limbajul semnelor.

Echipa de sustinere este foarte importanta in lucrul cu copilul hipoacuzie. Cel mai important membru al echipei este parintele, care trebuie sa-i asigure copilului cu deficienta de auz suportul si atentia necesare. Pentru a realiza acest lucru este nevoie de foarte multa energie,

dedicare si hotarare, mai ales ca acest efort poate fi frustrant. Pe langa rolul deosebit pe care il are suportul parintilor, este nevoie si de sprijinul celor din echipa: medic, logoped, profesor etc.

Suportul medical si audiologic

Specialistul care se ocupa de auzul copilului este responsabil ca acesta sa beneficieze de ultima tehnologie in domeniu si de toate metodele de interventie disponibile. Trebuie sa-i asigure in mod frecvent evaluarea modului de functionare a aparatelor si a eventualelor reglaje necesare. De asemenea, trebuie sa explice modul in care functioneaza aparatele, punand la dispozitie informatiile necesare despre pierderea de auz a copilului respectiv. Audiologul si logopedul poseda foarte multe tehnici pentru a pregati si a asista copilul astfel incat acesta sa-si dezvolte bine vorbirea si limbajul. Logopedia se poate realiza atat in cadrul scolii, cat si in particular. Specialistii in acest domeniu trebuie sa instruiasca si parintele pentru a putea continua aceasta pregatire si acasa.

Suportul scolii

Hotararea pentru scoala pe care o va urma copilul va fi luata in urma unei analize complexe a modului in care acesta si-a dezvoltat vorbirea si limbajul. Suportul profesorilor, atat dintr-o scoala normala, cat si dintr-o scoala speciala pentru copii cu dificultati de auz, este deosebit de important. Daca alegerea este pentru o scoala normala, este bine sa fie informati despre necesitatile speciale ale copilului cei in masura sa ia decizii organizatorice si administrative, deoarece poate fi nevoie de modificari ale clasei de curs, de un tratament special.

Scoala si rolul ei in recuperarea deficientei de auz Profesorii copilului deficient au un rol critic in gasirea drumului acestuia in viata. Copiii cu hipoacuzii severe de obicei urmeaza scoli speciale. Atunci

BCU "AS" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

cand este posibil, parintii prefera o scoala normala mai degraba decat o scoala speciala pentru copii hipoacuziei. In cazul in care copilul invata la o scoala normala este necesar ca profesorul sa fie specializat pentru nevoile unui copil hipoacuzie. O data ce aceste conditii sunt indeplinite, majoritatea copiilor se vor dezvolta normal. Profesorii trebuie sa inteleaga importanta mediului sonor pentru copilul deficient auditiv. Pe langa efectul pe care il are auzul in educatie, bunastarea sociala si psihologica in scoala depind de mediul sonor. De aceea, este foarte important ca si el sa ia parte la toate activitatile scolare.

Pregatirea unui copil cu hipoacuzie este o adevarata provocare. Este un proces complex care implica incercari grele si posibile erori la inceput pana ce cea mai buna strategie este stabilita. Strategia finala - o combinatie a tipurilor de amplificare, a metodelor de comunicare si a metodelor de invatat si de antrenament - va fi cea care ii va oferi copilului cu deficienta cel mai bun sunet si cele mai bune oportunitati de comunicare si invatare. Pe scurt, scopul este imbunatatirea calitatii vietii, iar cu resursele si tehnologia disponibile in zilele noastre ne putem astepta la rezultate foarte bune.

Amplificarea sunetelor este cheia catre comunicarea copilului cu lumea inconjuratoare. Pentru a oferi stimularea auditiva de care are nevoie copilul este indicat ca protezarea auditiva sa se realizeze imediat dupa punerea unui diagnostic. Bineinteles ca un aparat auditiv nu va face ca pierderea de auz sa dispara ci va amplifica sunetele prea slabe pentru a fi auzite de copil. Exista doua forme de amplificare: proteza auditiva si implantul cohlear.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Proteza auditiva

Folosirea unei proteze auditive ii permite copilului hipoacuzie sa-si foloseasca auzul pe care il poseda, optimizand perceperea sunetelor. Protezele auditive realizeaza amplificarea si procesarea semnalelor sonore astfel incat sa ofere o prezentare a sunetelor asa cum se regasesc ele in natura.

Implantul cohlear

Implantul cohlear este un dispozitiv miniatural care permite copiilor cu hipoacuzii profunde sa receptioneze sunete. Dispozitivul are ca princiŹpala componenta o serie de electrozi, care implantati in cohlee (ureche interna) vor genera impulsuri electrice stimulatoare pentru nervul auditiv care va transmite aceasta informatie centrului auditiv din creier. Implantul cohlear se recomanda in cazul copiilor cu hipoacuzie profunda bilaterala (la ambele urechi) care ar primi prea putine beneficii de la un aparat auditiv. Implantul cohlear se realizeaza foarte rar la copiii mai mici de 18 luni. De altfel, candidatii pentru implant sunt selectionati foarte riguros.

Reglarea aparatelor in cazul copiilor - mai ales copiii foarte mici-este o adevarata provocare pentru audioprotezist. Dezvoltarea fizica, maturizarea psihica si gradul de dezvoltare al limbajului implica posedarea unui grad mare de flexibilitate in ceea ce priveste procedurile si echipamentul.

Se poate crede ca alegerea unui aparat este ireversibila si de aceea trebuie facuta cu foarte multa grija, dar, contrar parerilor preconcepute, reglarea unui aparat este un proces foarte flexibil si adaptabil. Datorita evolutiei tehnologiei, la ora actuala exista o mare varietate de aparate disponibile, ceea ce poate face ca alegerea sa para foarte dificila. Alegerea

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

aparatului se face strict in functie de caracteristica unica a hipoacuziei fiecarui copil in parte. Audioprotezistul va informa asupra elementelor pro si contra ale unui aparat auditiv propus sau ales. Daca hipoacuzia este bilaterala, protezarea trebuie sa se faca la ambele urechi. Protezarea ambelor urechi, numita protezare bilaterala, ofera o imbunatatire a inteligibilitatii vorbirii in zgomot. In plus, neprotezarea uneia dintre urechi face ca fibrele nervoase care corespund acelei urechi sa devina nefunctionale. Protezarea unei urechi, dupa o perioada lunga de timp in care aceasta nu a fost stimulata, poate sa aduca beneficii reduse auzului per total.

Odata realizata protezarea, succesul depinde in foarte mare masura si de motivarea si perseverenta parintilor. Copilul trebuie sa inteleaga ca aparatul auditiv trebuie purtat cat mai mult posibil pentru a asigura o interactiune optima cu mediul sonor. Atitudinea pozitiva si incurajatoare a celor din jurul copilului poate fi un bun exemplu. Cum functioneaza un aparat auditiv? Audioprotezistul trebuie sa instruiasca si sa explice parintilor si copilului felul in care se manipuleaza si se intretine un aparat auditiv. Explicatiile initiale sunt mult mai importante decat ilustratiile. Aparatul auditiv, in mare, este un amplificator de dimensiuni mici care este introdus intr-o carcasa de plastic asezata in spatele urechii, sau intr-o carcasa realizata dupa mulajul urechii pentru aparatele in ureche. Microfonul protezei va receptiona semnalul sonor, il va converti intr-un semnal electric si-l va trimite mai departe amplificatorului. Acesta este responsabil de amplificarea sonora, in cazul protezelor liniare toate sunetele sunt amplificate in mod egal. In cazul aparatelor neliniare, cea mai mare amplificare este primita de sunetele foarte slabe, care in mod normal nu sunt auzite de catre copilul hipoacuzie,

in timp ce sunetele puternice sunt amplificate foarte putin sau chiar deloc. Astfel, daca protezarea este reglata corespunzator, sunetele slabe vor fi audibile, iar cele puternice vor fi confortabile.

Odata amplificat, sunetul este convertit din semnal electric in semnal acustic de catre difuzor si trimis in conductul auditiv. Unele aparate pot avea si un potentiometru de volum, care poate fi manevrat de catre copiii mai mari sau de catre adulti. Potentiometrul poate fi sub forma unei parghii, unei rotite sau poate fi controlat cu ajutorul unei telecomenzi. Majoritatea aparatelor auditive modeme nu mai au potentiometru, volumul adaptandu-se automat mediului sonor.

Protezele auditive pot fi programabile, ceea ce inseamna ca ele pot fi reglate pentru fiecare individ in parte. Aceste reglaje, de obicei, se fac o data sau de doua ori pe an in timpul copilariei, sau atunci cand copilul sau parintele considera ca rezultatele nu sunt cele asteptate. Aparatele copilului trebuie zilnic verificate. Bateriile, care ofera curentul necesar functionarii aparatului auditiv, trebuie verificate si schimbate la intervale regulate. Bateriile pot tine de la cateva zile pana la cateva saptamani. Trebuie sa ne asiguram ca ele nu sunt consumate, mai ales in cazul in care copilul este prea mic sa spuna ca nu mai aude. Aparatul auditiv trebuie curatat zilnic pentru a se evita stricarea acestuia din cauza cerumenuilui. Proteza este un aparat electronic si, deci, se va strica daca intra in contact cu apa (se va evita purtarea ei de catre copil in timpul baii). Aparatele difera intre ele in functie de mai multe caracteristici: marime, circuit, culoare etc.

Exista mai multe marimi de aparate auditive care pot fi: retroauriculare (in spatele urechii), ale caror componente sunt montate intr-o carcasa de plastic asezata in spatele pavilionului sau intraauriculare (in

ureche) ale caror componente sunt montate intr-o carcasa realizata dupa mulajul urechii pozitionata in interiorul conductului auditiv. Copilul hipoacuzie poate beneficia de orice forma de aparat, dar in cazul celor intraauriculare pot exista mici probleme. in primul rand, canalul auditiv poate fi prea mic si sa nu permita folosirea unui aparat auditiv. In al doilea rand, copilul este in crestere, iar modificarile de marime ale canalului auditiv pot face ca aparatul sa nu mai stea bine in ureche. Aparatele retroauriculare rezolva aceasta problema deoarece ele sunt montate pe ureche cu ajutorul unei piese anatomice (oliva), realizata in urma unui mulaj si schimbata ori de cate ori este nevoie. De altfel, copiii sunt predispusi la infectii ale urechii, iar secretiile pot patrunde in aparat, in cazul in care acesta este intraauricular, defectandu-1. Aparatele retroauriculare, fiind plasate departe de conduct, sunt protejate mai bine. Deci, este recomandabil ca pana la 12 ani copiii sa fie protezati cu aparate retroauriculare.

Exista doua tipuri de circuite utilizate in construirea aparatelor auditive: circuitul analogic, disponibil de foarte multi ani, si circuitul digital, aparut de curand, similar ca performante cu circuitul care produce sunetul clar al CD-urilor care a revolutionat industria protezelor auditive, prin imbunatatirea simtitoare a calitatii sunetului si oferirea de reglaje flexibile. Microprocesorul cu ajutorul caruia functioneaza protezele digitale este un minicomputer foarte complex. Folosind un semnal digital, procesele complexe pot fi realizate in foarte scurt timp, iar sunetele pot fi manipulate in foarte multe feluri, oferind o calitate deosebita a sunetelor, in plus, un aparat digital face ca inteligibilitatea vorbirii in zgomot sa fie mult imbunatatita datorita posibilitatii de reducere a zgomotului. in cazul

BCU ARGES CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

protezelor digitale, reglajul este foarte ajustabil, ceea ce creeaza un confort crescut utilizatorului.

Multe proteze auditive sunt disponibile in culori variate si amuzante, deoarece, spre deosebire de adulti care doresc ca aparatul sa aiba culoarea pielii sau a parului, majoritatea copiilor doresc culori stralucitoare, vor aparate dragute sau interesante. Pentru majoritatea copiilor, culorile clasice bej sau maron sunt plicticoase.

Rezumat

Handicapul de auz apartine unei categorii mai ample de handicapuri - cele senzoriale (din care face parte si deficienta de vedere) si reprezinta diminuarea sau pierderea totala sau partiala a auzului. Atunci cand handicapul de auz exista de la nastere sau cand apare de timpuriu (mica copilarie), dificultatile in insusirea limbajului de catre copil sunt majore - vorbim despre fenomenul muteniei care insoteste pierderea totala a auzului. in cazul in care degradarea auzului se produce dupa achizitia structurilor verbale si nu se intervine in sens recuperator, se instaleaza un proces de involutie la nivelul intregii activitati psihice. Putem spune ca, in timp ce pierderea auzului inaintea varstei de 2-3 ani are drept consecinta mutitatea (copilul devenind surdomut), disparitia simtului auditiv la cativa ani dupa insusirea limbajului de catre copil determina dificultati in mentinerea nivelului atins, chiar regresii in plan verbal (din punct de vedere al vocabularului, al intensitatii vocii sau al exprimarii gramaticale).

Dupa gradul (gravitatea) deficitului de auz identificam: hipoacuzia (diminuarea /degradarea auzului intre 0-90 dB) si surditatea sau cofoza (pierderea totala a auzului - peste 90 dB). Hipoacuzia poate avea, la randul ei, grade diferite de gravitate: hipoacuzie usoara (pierdere de auz de 0-30 dB), hipoacuzie medie (intre 30-60 dB) si hipoacuzie severa sau profunda

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

(intre 60-90 dB). Termenul "pierdere de auz" sau "hipoacuzie" nu implica surditate totala (cofoza). O persoana surda (cofotica) este incapabila de a procesa sau auzi sunete cu sau fara un aparat auditiv, in timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz. Exista cauze ale deficientei de auz ereditare si cauze ale deficientei de auz dobandite. in prima categorie (a cauzelor deficientei de auz ereditare) includem posibilele anomalii cromozomiale transmise de la parinti la copii, in timp ce in a doua categorie (cauze ale deficientei de auz dobandite) gasim trei tipuri de cauze: a) cauze prenatale - care intervin pe perioada sarcinii si constau in maladii infectioase ale gravidei, tulburari ale metabolismului, afectiuni endocrine, hemoragii, ingerarea de substante toxice (de ex. alcool), incompatibilitatea factorului Rh (mama-fat), traumatisme fizice etc; b) cauze perinatale (neonatale) - constand in leziuni anatomo-fiziologice in timpul nasterii, hemoragii, anoxie sau asfixie albastra etc; c) cauze postnatale - de natura toxica sau traumatica (infectii - otita, rujeola, stari distrofice, accidente, lovituri la nivelul urechii, expuneri indelungate la stimuli auditivi foarte puternici - ex. muzica ascultata tare la casti etc). Cele mai frecvente cauze ale hipoacuziilor de transmisie se regasesc in perioada copilariei: dopul de cerumen, infectiile urechii medii (otita medie), in timp ce cauzele hipoacuziei neurosenzoriale la copii sunt: congenita, trauma acustica, infectii de diferite tipuri (pojarul, oreionul, meningita sau tusea convulsiva).

În diagnosticarea handicapului de auz se foloseste o tehnica avand un grad ridicat de precizie: audiometria, care poate fi folosita dupa varsta de 3 ani. Ea consta in masurarea acuitatii auditive separat pentru fiecare ureche in parte si intocmirea audiogramei (grafic reprezentand comparativ acuitatea auditiva a ambelor urechi). Pe baza studierii

audiogramei se poate depista tipul deficientei de auz si se va urmari compensarea acolo unde este cazul. in jurul varstei de 3 ani se pot utiliza unele teste de auz, cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinner si testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite sa diferentieze surditatile de perceptie de cele de transmisie si ajuta, totodata, la depistarea unor forme de cofoza mixta, folosind ca instrument de lucru diapazonul.

Deficienta de auz afecteaza intr-o masura mai mare sau mai mica (in functie de gradul pierderii auzului) toate palierele vietii psihice a individului, atat din punct de vedere cantitativ cat si calitativ. Se stie ca prin ea insasi disfunctia auditiva nu are efect determinant asupra dezvoltarii psihice, totusi ea duce la instalarea mutitatii care stopeaza dezvoltarea limbajului si restrange activitatea psihica de ansamblu. Unele forme ale handicapului de auz pot determina si o intarziere intelectuala, cauzata de modificarea raportului dintre gandire si limbaj. Odata cu asigurarea conditiilor de demutizare pentru surdomut si de stimulare a comunicarii verbale pentru hipoacuziei se pun bazele formarii gandirii notional-verbale si se faciliteaza dobandirea de experiente, de cunostinte, de cultura, imprimand caracter informativ si formativ activitatii cu handicapatii de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, scolii si cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifica pentru formarea comunicarii verbale si crearea posibilitatilor de invatare a limbajului. O asemenea metodologie vizeaza formarea comunicarii verbale, care trebuie sa porneasca de la ideea ca procesul de invatare se va baza pe mimico-gesticulatie, labiolectura si, intr-o oarecare masura, pe dactileme. Dar la hipoacuziei si la surdomutii in curs de demutizare, forma principala de invatare trebuie sa alterneze, in functie de structura clasei de elevi,

invatarea intelectuala si invatarea efectiva. Obiectivele generale ale interventiei recuperatorii in deficienta de auz totala sunt:

- realizarea demutizarii;

- conservarea si dezvoltarea limbajului verbal la deficientii care au dobandit surditatea dupa ce au asimilat limbajul.

Demutizarea presupune trecerea de la limbajul mimicogesticular la cel verbal. Limbajul mimico-gesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifica cuvinte, litere si stari de spirit. Spre deosebire de copilul surd, a carui recuperare se bazeaza, asadar, pe demutizare, amplificarea sunetelor este cheia catre comunicarea copilului cu hipoacuzie cu lumea inconjuratoare. Pentru a oferi stimularea auditiva de care are nevoie, este indicat ca protezarea auditiva sa se realizeze imediat dupa punerea unui diagnostic timpuriu. Bineinteles, ca un aparat auditiv nu va face ca pierderea de auz a hipoacuzicului sa dispara, ci doar va amplifica sunetele prea slabe pentru a fi auzite de copil.

Aşadar, deficienţa de auz face parte din categoria deficienţelor senzoriale. Preocupări pentru deficienţii de auz au existat încă de pe vremea lui Aristotel, care vorbeşte despre aceştia în lucrarea sa „Despre simţurile celor care simt". Codicele lui Iustinian conţine reflectată atitudinea societăţii faţă de deficienţii de auz şi despre drepturile pe care aceştia le aveau. În secolul al XVI-lea, medicul, filosoful şi matematicianul Girolamo Cardano scrie despre instrucţia şi educaţia surdomuţilor, bazate pe demutizare şi comunicare verbală. Spaniolul Pedro Ponce de Leon este primul care a folosit limbajul oral ca formă a demutizării.

Au existat de-a lungul timpului diferite poziţii faţă de metoda folosită pentru învăţarea limbii de către deficienţii de auz. Dintre acestea, au fost structurate trei metode principale:

- metode care folosesc preponderent limbajul oral (orale);
- metode care folosesc în principal limbajul scris (metode scrise);
- metode combinate, care utilizează şi mijloace auxiliare: dactilemele, labiolectura şi mimico-gesticulaţia.

În funcţie de zona de dezvoltare a metodelor, sunt cunoscute metodele: italiană, franceză, germană, austriacă, belgiană, română.

În ţara noastră au existat preocupări faţă de deficienţii de auz de peste 100 de ani. În 1863 se înfiinţează o şcoală pe lângă locuinţa Dr. Carol Davila, care devine apoi o secţie a azilului „Elena Doamna", ulterior, o secţie a Institutului pentru surdomuţi de le Focşani (1865). Încă din 1924 se stipulează în Legea Învăţământului că în unele şcoli vor funcţiona clase speciale pentru handicapaţi.

La noi în ţară funcţionează în prezent grădiniţe, şcoli generale, profesionale şi tehnice pentru deficienţii de auz.

Datele statistice estimează că la vârsta copilăriei există 1 la mia de locuitori, iar odată cu înaintarea în vârstă incidenţa cazurilor creşte, astfel că la maturitate, procentul este de peste 10 % iar la adulţii de vârsta a treia, de peste 50%.

Termenii folosiţi pentru desemnarea persoanelor cu deficienţe de auz sunt: surdo-mut, surdo-vorbitor, surd, deficient de auz, disfuncţional auditiv, hipoacuzie, handicapat de auz, asurzit. Hipoacuzicul este deficientul de auz cu resturi de auz, iar surditatea totală se numeşte cofoză.

Etiologia şi clasificarea tulburărilor de auz

1. **Surdităţile ereditare,** produse prin lezarea celulelor senzoriale, a canalului cohlear, prin atrofia nervului cohlear sau transmise genetic de la unul dintre părinţi.

2. **Surditățile dobândite** pot fi de mai multe feluri: a) prenatale – cauzate de maladii infecțioase ale gravidei, viruși ai rubeolei, oreionului, pojarului, hepatitei, hipotiroidism, diabet, infecții bacteriene (tuberculoza, sifilis), medicamente tranchilizante (morfina, cocaina, heroina, marihuana); iradierea mamei cu raze X în timpul sarcinii, alcoolismul, incompatibilitatea sangvină între mamă și fetus. b) surditățile neonatale (perinatale), produse prin leziuni anatomo-patologice în timpul nașterii, hemoragii meningiene, incompatibilitatea sangvină, anoxia (asfixia albastră- neoxigenarea fetusului în timpul travaliului, din cauza cordonului ombilical). c) surdități postnatale – determinate de traumatisme cranio-cerebrale, boli infecțioase (meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul, tusea convulsivă, oreionul), otita, boli vasculare, subalimentația cronică, traumatismul sonor, cauze medicamentoase (streptomicină, neomicină, canamicină, gentamicină, aspirină, chinină în doze mari).

Gradele deficitului auditiv

Auzul normal percepe sunete la o intensitate de la 0-20 și chiar 30 dB. Perceperea sunetelor la intensități de peste 20 dB, indică pierderi ușoare, medii sau avansate ale auzului, iar pierderile profunde se produc la 90dB. Decibelul este cea mai mică unitate de măsură convențională a intensității sunetului. Reprezintă a 10-a parte dintr-un bel și corespunde, aproximativ, foșnetului unei frunze de plop pe o vreme liniștită.

Biroul Internațional de Audiofonologie estimează că:

-între 0-20 dB audiția este normală (poate auzi o conversație fără dificultăți.)

-între 20-40 – deficit de auz lejer sau hipoacuzie ușoară (poate auzi conversația dacă nu este îndepărtată).

-Între 40-70 dB – deficit de auz mediu sau hipoacuzie medie (poate auzi conversaţia de foarte aproape şi cu dificultăţi. Necesită proteză).

-Între 70-90dB – dificultate de auz severă sau hipoacuzie severă (poate auzi zgomote, vocea. Se poate proteza).

-Peste 90dB - deficit profund, surditate sau cofoză (aude doar sunetele foarte puternice dar provoacă şi senzaţii dureroase.).

Comparativ cu gândirea auzitorului, cea a deficientului de auz are un conţinut concret neevoluat, abstractizarea este mai puţin accesibilă; Unele forme ale deficienţei de auz pot determina o întârziere intelectuală, ca o consecinţă a destructurării raportului dintre gândire şi limbaj. Memoria are aproximativ aceleaşi caracteristici ca la normalul auzitor, cea cognitiv-verbală se dezvoltă mai lent, în procesul demutizării, în timp ce memoria vizual-motrică şi afectivă este mai bine dezvoltată. Imaginaţia constă în capacitatea de a crea reprezentări noi, pe baza ideilor, senzaţiilor, percepţiilor acumulate anterior.

Prin demutizarea surdomutului şi dezvoltarea vorbirii la hipoacuzici se îmbogăţeşte şi perfecţionează vocabularul şi pronunţia. Folosirea exagerată a limbajului gesturilor poate deveni un obstacol în învăţarea limbajului oral., dar şi folosirea metodei orale pure, chiar în educaţia timpurie, înseamnă a lipsi copilul de o comunicare reală, atâta timp cât limbajul nu este bine instalat.

Specificul integrării socio-profesionale la deficientul de auz

Trebuie avute în vedere anumite caracteristici încă din copilăria mică:

-stimularea şi formarea capacităţii de comunicare a copiilor, prin mijloace verbale şi auxiliare;

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

-dezvoltarea unor caracteristici ale percepţiei kinestezice, învăţarea copilului să coreleze complexul sonor cu pipăitul, cu vibraţiile aparatului fonoarticulator, cu particularităţile suflului de aer în emisia vocală;

-dezvoltarea capacităţilor de imitare a mişcărilor corpului, ale feţei, ale guri

-dezvoltarea percepţiilor auditive, prin antrenamente şi exerciţii, sau prin amplificarea cu ajutorul protezelor;

-dezvoltarea atenţiei, a capacităţilor de memorare, de reproducere, de motivaţie şi activism prin joc şi alte activităţi;

-formarea încrederii în sine etc.

Integrarea socială trebuie începută din cele mai mici vârste, prin forme specifice. În condiţiile unei educaţii deficitare, deficientul devine singuratic, se izolează. Majoritatea deficienţilor de auz reuşesc să se integreze bine şi eficient în viaţa socială şi profesională, ajungând la exercitarea unor profesii apropiate de cele ale auzitorului. Ei nu vor fi orientaţi spre profesii ce solicită auzul. Dintre cele mai frecvente profesii exercitate de deficienţii de auz: tehnician dentar, instalator tehnico-sanitar, croitor, tâmplar, strungar, lăcătuş, electrician, zugrav, dar poate urma şi forme ale învăţământului tehnic şi liceal sau unele forme ale învăţământului superior

Importanta limbajului mimico-gestual pentru comunicarea dintre surzi

Limbajul mimico-gestual trebuie tratat in legatura cu functia semiotica, cu geneza simbolului la copil, cu evolutia limbajului intern sau cu problema psihologica a semnificatiei in general. Functia semiotica e ea insasi o structura si are o geneza proprie. Se considera ca functia semiotica e alcatuita din cinci conduite semiotice ce apar oarecum spontan, la

BCU "Al. I. Cuza" / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

copilul normal in al doilea an de viata: imitatia amanata, jocul simbolic, imaginea grafica, imaginea mintala si evocarea verbala. La copilul handicapat de auz se constituie o a sasea conduita semiotica -limbajul mimico-gestual - care tinde sa compenseze conduita de evocare verbala. Trebuie subliniat ca in cazul parintilor surdovorbitori, cu demutizare avansata, mai ales a celor cu studii medii sau superioare, modalitatea de comunicare mimico-gestuala este extrem de redusa, ei comunicand cu copilul lor mai ales prin **labiolectura.** Dezvoltarea limbajului verbal al copiilor auzitori din cadrul familiilor de surdovorbitori urmeaza evolutia normala a copiilor din familiile de auzitori. Copilul surd dezvolta limbajul gestual in acelasi mod si in aceeasi perioada de timp in care copilul auzitor isi dezvolta limbajul verbal. Desigur, conditia acestei dezvoltari este ca fiecare forma de limbaj sa fie stimulata cu un stimulent adecvat. S-a constatat ca acei copii surzi proveniti din parinti surzi, vin la scoala cu un bagaj mai bogat de cunostinte decat cel al copiilor surzi din familiile de auzitori care n-au folosit limbajul gestual in comunicarea cu ei. Acest limbaj, folosit efectiv in comunicare, le-a permis copiilor surzi sa cunoasca mediul inconjurator si in acelasi timp sa exprime dorinte, ganduri, opinii. Mai tarziu, achizitiile mimico-gestuale contribuie la fertilizarea invatarii limbajului oral. Fiind familiarizati cu deficienta lor, acesti surzi il accepta de timpuriu si au mai putine probleme de adaptare psihologica si sociala. Este stiut faptul ca limbajul verbal se dezvolta cu multa dificultate la elevii surzi pentru a deveni un instrument eficient de comunicare si de cunoastere. Pentru a se realiza acest deziderat e absolut necesar ca elevii surzi sa-si formeze reprezentari interne consistente si bine consolidate cu care sa opereze pe plan interior. Ori, acest nivel al reprezentarilor interne nu se poate realiza, de obicei, la majoritatea elevilor surzi din cauza mai

BCU "AS" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

multor factori: motivatia scazuta pentru vorbirea orala, utilizarea tot mai rara a vorbirii articulate dupa ce elevii surzi intra in viata productiva si folosirea preponderenta a limbajului mimico-gestual pentru satisfacerea necesitatilor de comunicare in cadrul vietii sociale. S-a observat o insuficienta a limbajului gestual in comparatie cu cel verbal.

Limbajul verbal are un grad inalt de conventionalitate fata de continutul realitatii pe care o denumeste; gestul insa este strans legat de concret. Comunicarea prin gesturi este fata in fata, percepandu-se vizual gestul si toate miscarile mimice si expresive. Gesticulatia are o mai mare libertate de expresie, este mai putin limitata de organizarea gramaticala puternic structurata. Acelasi volum de informatie poate fi transportat in aproximativ acelasi volum de timp conventional, cu ambele forme de limbaj. Totusi, executia gesturilor necesita mai mult timp in medie decat in cazul emiterii verbale a cuvintelor. In precizarea naturii raportului dintre gesturi si cuvinte un rol mare il joaca contextul in care se petrec evenimentele. in ansamblu, limbajul gestual da impresia unei limbi abreviate mai extinsa sub unele aspecte (bogatie de idei comunicate printr-un gest de ex.) si mai redusa in altele, in raport cu limba sonora, el constituind baza de pornire pentru recuperarea deficientului de auz.

Intrebări recapitulative

1. În ce consta diferenta dintre hipoacuzie si cofoza?
2. Enumerati cauzele deficientei de auz.
3. Cand si cum se realizeaza demutizarea?
4. Ce este labiolectura si in ce situatii se apeleaza la ea?

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBLIOGRAFIE

1. Caraman-Măescu,L., (1983)., Metodologia procesului demutizarii, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

2. Damaschin,D.,(1965), Mijloace tehnice moderne de compensare a deficientelor senzoriale, Analele Universitatii Bucuresti.

3. Drăguţoiu,I., (1992), Limbajul mimico-gestual, Ed. Pro Humanitate, Sibiu.

4. Gelder,M.,Gath,D.,Mayou,R.,(1994)., Tratat de psihiatrie - Oxford, Ed. Asociatia Psihiatrilor Liberi din Romania, Geneva Initiative Publishers, 1994, ed. a II-a.

5. Gorgos,C.,(1988), Dictionar enciclopedic de psihiatrie, Ed. Medicala, Bucuresti

6. Ionescu,Gh.,(1985) Psilhologie clinica, Ed. Academiei, Bucuresti.

7. Muşu,I.,Taflan,A., (1997) Terapie educationala integrata, Ed. ProHumanitate, Sibiu.

8. Neveanu-Popescu,P., (1978), Dictionar de psihologie, Ed. Albatros, Bucuresti.

9. Păunescu,C.,(1973), Comunicarea prin limbaj la copiii cu audiomutitate, in Cercetari asupra comunicarii, Bucuresti,.

10. Pufan,C.,(1972,1982), Probleme de surdopsihologie, voi. I si II".

11. Sima,I.,(1998)., Psihopedagogie speciala - studii si cercetari, voi. I, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

12. Stănică,I.,Popa,M.,(1994), Elemente de psihopedagogie a deficientilor de auz.

13. Stănică,I.,(1973), indrumari metodice privind predarea citit-scrisului in scolile de surzi, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

BCU PSI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

14. Stănică,I.,(1965), Labiolectura, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

15. Stănică,I.,Ungar,E.,Benescu,C.,(1983), Probleme metodice de tehnica vorbirii si labiolectura, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti,.

16. Străchinaru,I.,(1994), Psihopedagogie speciala, voi. I, Ed. Trinitas, Iasi.

17. Schiopu,U.,(1997), Dictionar de psihologie, Ed. Babei, Bucuresti.

18. Verza,E.,(Coord.) (1990), Elemente de psihopedagogia handicapatilor, Ed. Universitatii Bucuresti,.

19. Verza,E., (1998), Psihopedagogie speciala, manual pentru clasa a XIII-a, scoli normale, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

20. Verza,E., (1988.), Probleme de defectologie, voi.8 , Ed. Universitatii Bucuresti.

21. Verza,E., (1987.), Metodologii contemporane in domeniul defectologiei si logopediei, Ed. Universitatii Bucuresti.

22. Vrăşmaş,T.,Daunt,P.,Muşu,I.,(1996)., Integrarea in comunitate a copiilor cu cerinte educative speciale, Ed. Meridiane, Bucuresti.

23. Weihs.,Th., (1992) Sa-i ajutam, iubindu-i, Ed. Humanitas, Bucuresti.

3.3. Psihopedagogia deficientilor de vedere

Concepte cheie

- **Deficienta de vedere** = deficienta de tip senzorial si consta in diminuarea in grade diferite (pana la pierderea totala) a acuitatii vizuale. Handicap vizual inseamna, asadar, scaderea acuitatii vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vietii intrauterine pana la moarte.

- Acuitate vizuala = facultatea regiunii musculare a retinei de a percepe obiecte de dimensiuni mici. Limita inferioara la care un obiect poate fi perceput constituie minimum perceptibile. Capacitatea de separare a doua imagini izolate pe retina constituie minimum separabile. Determinarea acuitatii vizuale se face cu ajutorul optotipilor (tabele optometrice). Tabelele optometrice sunt formate din randuri de litere, cifre, semne sau imagini de marime descrescanda, verificate statistic. Langa fiecare rand este specificata distanta de la care dimensiunile respective pot fi percepute de un ochi emetrop (normal). Examinarea se face de la o distanta fixa de 5 metri, separat pentru fiecare ochi. Rezultatul (acuitatea vizuala) se calculeaza dupa formula v=d/D, la care numaratorul (d) este egal cu distanta examinarii (5 m.), iar numitorul (D) reprezinta distanta citirii randului respectiv de catre un ochi emetrop. Clasificarea deficientilor vizuali in functie de acuitatea vizuala este exprimata in fractii ordinale, fractii zecimale,procente. In funcţie de aceste valori redate mai jos se realizează orientarea şcolară a fiecărui nevăzător .

- Cecitatea (orbirea) = un handicap major (total) de vedere, presupunand lipsa completa a vazului. Exista orbire congenitala (din nastere) si orbire dobandita (din diferite cauze).Un tip aparte de cecitate este cecitatea isterica, cand, din punct de vedere fiziologic si anatomic, analizatorul vizual nu prezinta nici o disfunctie, dar din punct de vedere psihic subiectul refuza inconstient sa vada (de ex.un traumatism/soc emotional in care informatia vizuala a jucat un rol major - subiectul si-a vazut sotia in flacari in propria casa arzand, fara a o putea salva). Fenomenul aflat la polul opus este agnozia vizuala, caz in care, din punct

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de vedere fiziologic si anatomic, analizatorul vizual este evident afectat, insa subiectul vrea /crede ca vede.

- **Agnozia** = incapacitatea individului de a recunoaste obiecte uzuale, in pofida pastrarii intacte a organelor de simt si a unei inteligente normale. Agnozia vizuala (cecitatea psihica) este consecinta distrugerii (bilaterale) a zonelor de proiectie a cailor vizuale la nivelul lobului occipital.

- **Miopia** = un exces de refractie, care tulbura perceptia la distanta a individului (nu vede bine la distanta). Imaginea optica a obiectului se formeaza nu pe ecranul retinian, ci inaintea lui, fiind neclara. Miopul tinde sa se apropie de obiect sau sa apropie obiectul de ochi ca sa-l poata vedea mai clar.

- **Hipermetropia** = o refractie insuficienta, drept urmare imaginea obiectului este neclara si se formeaza in spatele retinei subiectului. Acesta are, asadar, dificultati in a percepe obiectele din apropiere si pentru a le depasi tinde sa le indeparteze de ochi.

3.3.1. Definitia si clasificarea deficientelor vizuale

Deficienta de vedere este o deficienta de tip senzorial si consta in diminuarea in grade diferite (pana la pierderea totala) a acuitatii vizuale. Handicap vizual inseamna, asadar, scaderea acuitatii vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vietii intrauterine pana la moarte.

Handicapul vizual apare, asadar, din cauza insuficientei functionari (sau chiar a eliminarii) a analizatorului vizual.

BCU "I. CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Deficienta de vedere se poate clasifica in functie de mai multe criterii:

1) **Gradul (gravitatea) defectului vizual.** Clasificarea deficientilor vizual dupa acest criteriu constituie, in primul rand, clasificarea lor in functie de acuitatea vizuala, mai precis, in functie de proportia pastrata din acuitatea vizuala.

Acuitatea vizuala constituie facultatea regiunii musculare a retinei de a percepe obiecte de dimensiuni mici. Limita inferioara la care un obiect poate fi perceput constituie minimum perceptibile. Capacitatea de separare a doua imagini izolate pe retina constituie minimum separabile. Determinarea acuitatii vizuale se face cu ajutorul optotipilor (tabele potometrice). Tabelele optometrice sunt formate din randuri de litere, cifre, semne sau imagini de marime descrescanda, verificate statistic. Langa fiecare rand este specificata distanta de la care dimensiunile respective pot fi percepute de un ochi emetrop (normal). Examinarea se face de la o distanta fixa de 5 metri, separat pentru fiecare ochi. Rezultatul (acuitatea vizuala) se calculeaza dupa formula $v = d / D$, la care numaratorul (d) este egal cu distanta examinarii (5 m.), iar numitorul (D) reprezinta distanta citirii randului respectiv de catre un ochi emetrop.

Clasificarea deficientilor vizuali in functie de acuitatea vizuala este redata in tabelul urmator:

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Clasificarea deficientelor vizuale după acuitatea vizuală

Gradul defectului Vizual	Acuitate vizuală exprimată în: F-cţii ordinare	F-cţii zecimale	%	Loc de şcolarizare
Cecitate totală	0 - 1/200	0, - 005	0 - 0,5	Şc. de nevăzători
Cecitate practică	0/200 - 1/50	0,005 - 0,002	0,5 – 2	Şc. de nevăzători
Ambliopie gravă	1/50 - 1/20	0,02 - 0,05	2 – 5	Şc. de nevăzători
Ambliopie	1/20 - 1/5	0,05 - 0,20	5 - 2-	Şc. de ambliopi

Dupa cum rezulta din tabel, deficienta vizuala prezinta de la pierderea totala a capacitatii vizuale si pana la ambliopie diferite grade, astfel incat intre cecitatea absoluta si ambliopie mai exista - dupa un termen introdus de Truc - si o "cecitate relativa". Cecitatea (orbirea) reprezinta, asadar, un handicap major sau total de vedere, presupunand lipsa completa a vazului. Aceasta delimitare intre cecitate si ambliopie este foarte necesara, deoarece specializarea scolilor pentru deficienti vizual a dus la crearea unor institutii scolare separate pentru orbi si ambliopi. In scolile de orbi se preconizeaza o metodica de predare bazata pe solicitare tactil-kinestezica si auditiva, iar in procesul de predare din scolile de ambliopi se face uz de analizatorul optic valid, de cel tactil-kinestezic si cel auditiv.

Baremele existente pentru scolarizarea deficientilor vizual difera destul de mult de la o tara la alta. Diferentele apar mai cu seama in proportiile acuitatii vizuale care stabilesc limitele intre scoala de ambliopi si scoala de orbi, pe de o parte, scoala de ambliopi si scoala de masa, pe de alta parte.

De asemenea, trebuie precizat ca in determinarea gradului defectului vizual nu se ia in considerare exclusiv acuitatea vizuala, ci si alte elemente ale capacitatii vizuale. Astfel, se considera echivalenta cecitatii, deficienta

vizuala care rezulta dintr-o reducere a campului vizual binocular la mai putin de 20°, chiar daca acuitatea vizuala centrala este nemodificata. În afara de acuitatea vizuala si de campul vizual se mai iau in considerare, in ceea ce priveste aprecierea gradului deficientei si alte defecte ale aparatului vizual, care diminueaza capacitatea vizuala, ca de exemplu, strabismul, nistagmusul etc.

În definirea gradului deficientei vizuale mai sunt implicati si alti factori optici si extraoptici, care concura la posibilitatile de valorificare practica a restului de vedere. in acest sens se vorbeste de eficienta vizuala sau dinamica a capacitatii vizuale. Daca acuitatea vizuala este prin excelenta o entitate fiziologica, care poate fi determinata cantitativ, eficienta vizuala trebuie conceputa mai larg, cuprinzand o serie de factori psihologici de natura extraoculara, iar determinarea ei scapa deseori unei cuantificari precise. De fapt, eficienta vizuala, care este educabila si perfectionabila, este mai semnificativa pentru elevii ambliopi si pentru copiii cu resturi de vedere din scolile speciale de orbi decat acuitatea vizuala.

2) **Clasificarea deficientilor vizuali dupa momentul producerii defectului**

Momentul, deci varsta la care a aparut defectul vizual, constituie o problema pentru psihologia deficientului vizual, mai cu seama in ceea ce priveste bagajul de reprezentari vizuale de care dispune; se stie insa ca momentul survenirii defectului nu influenteaza numai sfera reprezentarilor, ci are repercusiuni si asupra nivelului dezvoltarii motricitatii copilului orb, precum si asupra altor aspecte ale personalitatii deficientului vizual. in functie de criteriul momentului instalarii defectului vizual, deosebim

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

defecte congenitale, defecte survenite (in copilaria timpurie, la varsta antescolara, prescolara, scolara) si defecte tardive.

Orbii congenitali sunt complet lipsiti de reprezentari vizuale, iar la orbii cu defect vizual survenit - tinandu-se cont de timpul care a trecut de la aparitia defectului pana la varsta actuala - se pastreaza o serie de imagini vizuale care pot avea o influenta insemnata asupra particularitatilor psihologice individuale.

Orbii congenitali sunt complet lipsiti de reprezentari vizuale, atat studiile mai vechi, cat si cele mai recente, remarcand importanta tiflopsihologica a reprezentarilor vizuale recomanda mentinerea acestor imagini pe o perioada cat mai indelungata dupa instalarea defectului, precum si valorificarea lor in procesul de invatamant. Astfel, T. Heller deosebeste, in functie de participarea experientei optice la definirea profilului psihologic al deficientului vizual, urmatoarele **grupe de orbi:**

a) **orbii congenitali si cei care au orbit in primul an de viata;** persoanele care fac parte din aceasta grupa sunt lipsite de orice experienta optica, viata lor psihica nefiind influentata de reprezentarile vizuale;

b) **orbii la care defectul a survenit la varsta de 2-4 ani** - la acesti deficienti se remarca, mai ales in perioada imediat instalarii cecitatii, o interventie a reprezentarilor vizuale, care participa la "interpretarea" datelor tactil-kinestezice, fiind vorba deci de o stransa interdependenta a modalitatilor tactil-vizuale; reprezentarile vizuale se sting treptat, insa dezvoltarea receptiei tactil-kinestezice nu are loc in mod "autonom" ca la orbii din nastere;

c) **copiii care au orbit dupa varsta de 4 ani;** acestia dispun de un bagaj insemnat de reprezentari vizuale; datele tactil-kinestezice si auditive

BCU "AST" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

le evoca intotdeauna imaginile vizuale anterioare (proces denumit vizualizare);

d) copiii orbi cu resturi de vedere - chiar daca acestea sunt minime si permit numai perceperea luminozitatii si a unor raporturi spatiale vagi (marimea obiectelor si distanta aproximativa) - recurg, de asemenea, la vizualizare, imaginile vizuale "interpretand" imaginile tactil-kinestezice. Literatura tiflopsihologica este bogata in astfel de clasificari, mai mult sau mai putin concordante. Astfel, P. Henri, aplicand nu numai criteriul gradului si al momentului survenirii deficientei, ci si criteriul dinamicii acesteia (stationara, progresiva, regresiva), deosebeste sase grupe de orbi:

e) orbi totali congenitali;

f) orbi totali congenitali carora li s-a recuperat partial vederea printr-o interventie recuperatorie;

g) orbi cu resturi de vedere stationara de tipul sensibilitatii luminoase;

h) orbi totali, care au dispus inainte de instalarea deficientei de o vedere normala;

i) persoanele cu resturi de vedere de tipul sensibilitatii la lumina, care au vazut normal inainte de a surveni defectul vizual;

j) deficienti vizuali cu resturi de vedere care scad progresiv.

A. Janda grupeaza copiii, in functie de momentul instalarii defectului, in urmatoarele categorii:

a) orbii congenitali;

b) orbii tardivi: cu defectul survenit in copilaria timpurie (0-2 ani), in copilaria mica (3-6 ani), la prima varsta scolara (7-10 ani) si la varsta adulta (peste 18 ani).

Aceasta clasificare coincide aproximativ cu cea preconizata de B. I. Kovalenco si N. B. Kovalenco, care deosebesc: orbii din nastere si pana la 1 an, copiii cu cecitate survenita intre 1-3 ani, 3-5 ani, 5-7 ani si peste 7 ani. H. Scholtyssekin aplica o clasificare in care se opereaza cu perioade foarte larg concepute. Astfel, deosebeste:

c) cecitatea congenitala si timpurie (de la 0-7 ani);

d) cecitatea survenita (intervenita la varsta de 7-18 ani);

e) cecitate tardiva (18-60 ani)

f) cecitate intervenita la batranete (dupa varsta de 60 ani).

H.Wappman in studiul sau utilizeaza o clasificare in care se deosebesc:

- o categorie de orbi congenitali sau deficienti din primul an de viata, orbi totali sau cu sensibilitate luminoasa;

- o a doua categorie de orbi tardivi, care citesc insa pur tactil, fara sa recurga la functia optica;

- o categorie de ambliopi gravi, care reusesc sa rezolve partial sau in intregime o problema data cu ajutorul vazului.

O tratare mai putin analitica a problemei o intalnim la W. Steiberg, care distinge numai cecitatea timpurie si tardiva. In prima grupa include orbii congenitali si pe cei care au orbit la varsta de 1-3 ani, specificand insa ca de fapt toti cei care au orbit pana la varsta pubertatii trebuie considerati ca facand parte din aceasta grupa. In categoria orbilor tardivi include persoanele care au orbit dupa varsta pubertatii.

Dupa cum s-a aratat, exista in literatura tiflopsihologica numeroase clasificari ale deficientilor vizuali dupa momentul instalarii defectului.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

Ceea ce au ele in comun insa este faptul ca n-au fost elaborate experimental, ci deductiv, deseori empiric, prin aplicarea la aceasta problema a unor periodizari de varsta din psihologia copilului. Exista si doua tipuri speciale de cecitate: cecitatea isterica si agnozia vizuala.

In cazul cecitatii isterice, din punct de vedere fiziologic si anatomic, analizatorul vizual nu prezinta nici o disfunctie, dar din punct de vedere psihic subiectul refuza inconstient sa vada (de ex. un traumatism/soc emotional in care informatia vizuala a jucat un rol major -subiectul si-a vazut sotia in flacari in propria casa arzand, fara a o putea salva). Agnozia vizuala este fenomenul aflat la polul opus, din punct de vedere fiziologic si anatomic analizatorul vizual fiind evident afectat, insa subiectul vrea /crede ca vede.

3. Clasificarea deficientilor vizual dupa etiologia, localizarea si dinamica efectului

In functie de criteriul etiologiei cecitatii si ambliopiei, deosebim atatea categorii de deficienti vizual cate cauze pot provoca defecte vizuale. Pentru tiflopedagog nu este lipsit de importanta sa studieze colectivul de elevi dupa acest criteriu, pentru a putea tine cont de particularitatile individuale ale elevilor, determinate de cauza defectului si pentru a colabora cu medicul oftalmolog, in vederea respectarii indicatiilor si contraindicatiilor date in cazul fiecarui defect vizual. in aceasta ordine de idei intereseaza si dinamica defectului (daca este stationar, progresiv sau eventual regresiv, reversibil), precum si viteza evolutiei lui, pentru a lua cele mai adecvate masuri pedagogice. Astfel, un copil cu o afectiune vizuala care progreseaza rapid catre pierderea totala a functiei optice va fi

scolarizat intr-o scoala speciala de orbi, chiar daca dispune de o acuitate vizuala pe baza careia ar putea fi cuprins intr-o scoala de ambliopi. Defectul vizual poate fi localizat in orice segment al analizatorului vizual (segmentul periferic, de transmisie, central) si - in functie de aceasta localizare - se deosebesc deficientii vizual cu defecte localizate in organul vizual, pe traiectul nervului optic sau in scoarta cerebrala - lob occipital.

4. Clasificarea deficientilor vizuali dupa complexitatea defectului

Dupa criteriul complexitatii defectului se studiaza fondul pe care apare defectul considerat, daca este singular sau se combina, asa cum se intampla frecvent, cu alte defecte extraoculare (de auz, motrice, mintale, ale limbajului). In cazul acesta se pun unele probleme specifice de selectie. Astfel, deficientul vizual care este si surd sau hipoacuzie, precum si deficientul vizual care prezinta si o debilitate mintala se scolarizeaza separat, in clase speciale, sau in scoli deosebite.

5. Clasificarea deficientilor vizuali in functie de conditiile de mediu si de educatie

În functie de conditiile de mediu si de educatie de care s-a bucurat deficientul vizual inainte si dupa instalarea defectului exista o serie de categorii de orbi si de ambliopi de care trebuie sa se tina seama in clasificarea deficientilor. Se stie, de exemplu, ca deficientii vizual sunt scolarizati deseori cu intarziere si se prezinta la scoala cu un serios deficit de dezvoltare, dupa ce au fost tinuti ani de zile in sanul familiei, care n-a putut asigura conditiile adecvate copilului orb. Sunt cunoscute unele cazuri cand acesti copii sunt retardati sub aspectul dezvoltarii limbajului, al motricitatii, al deprinderilor elementare etc. si ofera tabloul imbecilitatii.

Lipsa stimularii senzoriale si carentele educative serioase au determinat o ramanere in urma care poate fi recuperata numai printr-o munca instructiv-educativa sustinuta.

Criteriile de clasificare care au fost enuntate mai sus nu trebuie privite separat unele de altele. in fiecare caz dat, factorii amintiti se imbina intr-un mod specific, fapt care duce la o eterogenitate pronuntata a colectivelor de elevi cu care ne intalnim in cadrul institutiilor speciale pentru deficientii vizual.

3.3.2. Etiologia deficientelor de vedere

Cauzele cecitatii si ale ambliopiei nu pot fi studiate separat, aceleasi afectiuni oculare putand provoca leziuni si modificari de diferite grade ale analizatorului vizual.

Nu se poate vorbi in general despre cauzele deficientelor vizuale, in aceasta privinta existand diferente destul de pronuntate de la o epoca la alta, de la o regiune geografica a lumii la alta. in plus se poate discuta despre cauzele cecitatii si ale ambliopiei si in functie de perioada de varsta in care se manifesta cu preponderenta (cauze ale cecitatii congenitale dobandite in copilarie, tardiv sau numai la batranete). in deceniile trecute au predominat alte cauze ale deficientei vizuale decat in prezent. La inceputul secolului nostru cauzele majore ale orbirii au fost: oftalmia blenoragica a nou-nascutilor, bolile infectioase, trahomul - afectiuni care in prezent au disparut in tarile civilizate. Statisticile actuale din Europa indica afectiunile congenitale, glaucomul si traumatismele oculare ca fiind cele mai frecvente cauze ale handicapului vizual. in acelasi timp, trahomul si alte boli de ochi, eradicate in unele zone ale lumii, continua sa constituie o problema in alte zone ale lumii (Africa,

Asia). Daca unele afectiuni oculare sunt considerate ca boli ale mizeriei, promiscuitatii si ignorantei (trahomul), au aparut alte cauze ale orbirii apreciate ca boli ale civilizatiei, ca de exemplu fibroplazia retrolenta, care este cauzata de supradozarea oxigenului in timpul ingrijirii cu mijloace tehnice moderne (incubatoare) a copiilor nascuti prematur. Dupa cum s-a aratat, unele boli de ochi constituie caracteristici ale orbirii de batranete (cataracta senila, glaucomul), iar altele se manifesta prin excelenta la copii (cataracta congenitala, gliomul retinian).

Într-o viziune structural-functionala, vom incerca sa urmarim complexitatea acestor factori la mai multe niveluri.

A. <u>Afectiuni ale analizatorului vizual care produc deficienta de vaz</u>

Aceste cauze ale deficientei vizuale partiale sau totale tin de leziunile si de disfunctiile diferitelor segmente ale organului vizual. Acesti factori patogeni pot fi clasificati dupa diferite criterii. Un criteriu uzual il constituie localizarea organica, anatomica a afectiunii (patologia corneei, cristalinului, retinei etc). Afectiunile pot fi clasificate in raport cu efectele lor asupra capacitatii vizuale.

În spiritul abordarii sistemice vom prezenta o clasificare in raport cu subsistemele acestei functii, urmarind cauzele care afecteaza principalele subfunctii ale analizatorului vizual. Considerand functia vizuala ca pe o sinteza dinamica a mai multor subfunctii, putem spune ca tulburarea unei subfunctii lezeaza functia vizuala in intregul ei.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B. Tulburari ale subfunctiilor de formare a imaginii optice

Formarea imaginii optice care se proiecteaza pe retina este realizata prin actiunea dioptrului ocular, adica a elementelor refringente ale globului ocular: cornee, umoare apoasa, cristalin si corpul vitros.

Acest fenomen optic normal poate fi partial sau total impiedicat in manifestarea lui prin doua tipuri de **disfunctii:**

a) Tulburari de refractie (ametropiile)

Formarea corecta a imaginii optice pe retina (ochiul emetrop) poate fi impiedicata de existenta unor tulburari ale capacitatii de refractie a ochiului, numite in general ametropii. Ametropiile sunt cauzate de modificari ale refringentei mediilor optice, fie de modificari ale axului anteroposterior al globului ocular. Sunt cunoscute patru tipuri de ametropii:

- Miopia

Miopia reprezinta un exces de refractie, care tulbura perceptia la distanta (nu vede bine la distanta). Imaginea optica a obiectului se formeaza nu pe ecranul retinian, ci inaintea lui, fiind neclara. Miopul tinde sa se apropie de obiect sau sa apropie obiectul de ochi ca sa-l poata vedea mai clar. Cu cat obiectul este mai departat de ochiul miop, cu atat imaginea este mai difuza. in schimb, obiectele apropiate sunt corect percepute. Corectia optica a acestui defect de refractie (cazul miopiei benigne) se face cu lentile divergente (-), menite sa readuca imaginea inapoi pe retina. Copilul cu aceasta deficienta de vedere nu are nevoie de scolarizare speciala, ci doar de respectarea unor conditii de igiena stricte. Doar in cazul miopiei maligne (de obicei de natura congenitala) este necesara scolarizarea speciala, pentru ca evolutia acestei tulburari este rapida si grava.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- **Hipermetropia**

Cauzele acestei tulburari sunt dimensiunea redusa a axului anteroposterior al globului ocular, capacitatea refringenta scazuta a cristalinului sau alti factori care scad puterea de refractie. Este vorba deci de o refractie insuficienta, drept urmare imaginea obiectului este neclara si se formeaza in spatele retinei. Subiectul, asadar, are dificultati in a percepe obiectele din apropiere si pentru a le depasi tinde sa le indeparteze de ochi. Corectia optica se face cu lentile convergente (+) si prin exercitii vizuale sistematice.

Hipermetropia nu trebuie confundata cu presbitia, manifestare fiziologica legata de varsta de 45-50 ani.

- **Astigmatismul**

Acest viciu de refractie consta intr-o diferenta de refringenta a meridianelor dioptrului ocular, care duce la focalizarea imaginii optice, nu intr-un singur focar retinian, ci in doua sau mai multe focare. Astigmatismul are de obicei la baza o structura deficitara a corneei si se asociaza cu o ambliopie innascuta. Drept urmare se produce o imagine vizuala difuza, estompata, vederea fiind scazuta atat la apropiere, cat si la distanta. Astigmatismul poate fi corectat cu lentile cilindrice, care trebuie purtate cat mai de timpuriu, dupa 18 ani corectia fiind greu de suportat.

- **Anizometropia**

Anizometropia consta intr-o diferenta de refractie intre cei doi ochi. Ea se produce atunci cand un ochi este emetrop iar celalalt sufera un viciu de refractie dintre cele mentionate mai sus. De asemenea, vorbim de anizometropie cand cei doi ochi sunt ametropi, dar de tipuri si grade diferite ale tulburarii refractiei. De obicei, aceasta anomalie este ereditara.

BCU MEDICINA CENTRALA UNIVERSITY LIBRARY

Corectarea se face cu lentile diferite pentru fiecare ochi, in functie de gradul si de tipul de tulburare a fiecaruia.

b) **Opacifierile mediilor refringente**

O a doua categorie de cauze care pot impiedica subfunctia de formare a imaginii optice o constituie opacitatile aparute pe parcursul razelor de lumina in drumul lor spre retina.

- **Opacifierile corneei**

Se refera la lipsa totala sau partiala de transparenta a corneei, ce poate fi provocata de diverse tipuri de afectiuni congenitale sau dobandite.

- **Keratitele**

Sunt leziuni inflamatorii ale corneei. Cauzele keratitelor sunt exogene (traumatisme, stari patologice generale, sifilis, herpes, subnutritie etc.) si endogene (procese corneene degenerative si distrofice). Keratitele sunt insotite de simptome specifice: iritatie, lacrimare, pierderea luciului corneean, vascularizatie, modificari de forma ale corneei, durere etc.

- **Leucomul corneean**

Leucomul este o cicatrice de culoare cenusie saturata sau intens alba (popular numita "albeata") care reduce complet transparenta corneei in campul sau. Poate fi partial sau total, in leucomul total cecitatea fiind completa.

- **Opacifierile cristalinului**

Tulburarile partiale sau totale ale transparentei cristalinului sau ale capsulei sale se numesc cataracte. In general, cataractele cu care vin elevii deficienti vizual la cabinet sunt congenitale; dar ele pot fi si dobandite (traumatisme sau boli ale copilariei).0 alta cauza a deficientei vizuale este lipsa cristalinului - afachia. Ea poate fi compensata, sub aspectul refractiei, prin ochelari cu lentile convergente (+), care pot ajunge la 16-18 dioptrii.

BCU "CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY"

- **Deplasarile cristalinului**

Aceste afectiuni pot fi congenitale sau dobandite. Dintre cele congenitale trebuie amintit sindromul Marfan, care produce miopie si astigmatism, iar dintre cele dobandite, luxatiile si subluxatiile produse de obicei prin traumatisme fizice

C. Tulburari ale subfunctiei de receptie retiniana a imaginii optice

Imaginea optica proiectata pe retina este receptata prin excitatia substantelor fotosensibile ale celulelor senzoriale retiniene.

- **Afectiuni vasculare ale retinei**

Deficienta vizuala este provocata de periflebite retiniene, care se manifesta sub forma hemoragiilor recidivate in vitros, putand duce la dezlipirea de retina si la compromiterea definitiva a vederii.

- **Emboliile**

Acestea sunt provocate de obstructii ale arterelor retiniene. Retina neirigata sufera in cateva minute leziuni ireversibile, care fac sa dispara sensibilitatea retiniana si vederea in zona respectiva.

- **Afectiunile degenerative ale retinei**

Dintre acestea enumeram:

1) **retinita pigmentara** este o degenerescenta pigmentara a retinei, ce avanseaza de la periferie spre centru, avand astfel loc o stramtare concentrica a campului vizual, ducand la o vedere tubulara (copilul vede numai drept inainte);

2) **boala Tay-Sachs (idiotie amaurotica) si boala Spielmayer** sunt afectiuni degenerative ale retinei asociate cu epilepsie, paralizie, idiotie;

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3) **tumorile maligne ale retinei sau gliomul**, care apar mai frecvent intre 2 si 4 ani;

4) **albinismul** este o depigmentare generala de natura ereditara;

5) **dezlipirea de retina** consta in separarea celor doua foite embrionare ale retinei, intre care se poate infiltra lichid intraocular.

D. Tulburari ale subfunctiei de transmitere a excitatiei nervoase

Fibrele nervoase ale retinei se inmanuncheaza in polul posterior al ochiului, in papila. De aici porneste nervul optic, care are functia de a transporta spre scoarta cerebrala (lobul occipital) impulsul nervos purtator de informatie, din care urmeaza a se construi senzatia vizuala. Parcurgerea acestui traseu este insa impiedicata, in cazul deficientelor vizuale, de afectiunile care lezeaza nervul optic. Unele afectiuni care provoaca deficienta vizuala sunt **localizate chiar la nivelul papilei:**

a) **nevritele optice** (papilitele) sunt inflamatii ale nervului optic de natura degenerativa, vasculara sau traumatica, cel mai adesea produse de boli infectioase, care au drept efect scaderea vederii centrale, alterarea simtului luminos si a sensibilitatii cromatice;

b) **staza papilara** este un edem al papilei care la inceput nu afecteaza prea mult vederea, dar, in timp, poate duce la o ingustare a campului vizual pana la cecitate;

c) **atrofiile optice** sunt afectiuni degenerative dintre cele mai grave care, in majoritatea cazurilor, duc la cecitate, dupa o scadere treptata, dar ireversibila a capacitatii vizuale;

d) **colobomul nervului optic** este o malformatie de natura ereditara a nervului optic, cu un deficit irecuperabil al acuitatii vizuale;

e) **hemianopsiile**, manifestate prin lipsa unei jumatati din campul vizual la fiecare dintre cei doi ochi. Cauza este cel mai adesea de natura vasculara inflamatorie sau tumorala, dar poate fi si traumatica.

E. Tulburari ale subfunctiei de fuziune binoculara

In aceasta categorie includem doua tipuri de cauze:

a) Cauze senzoriale

Caile de natura senzoriala sunt cele care impiedica fuziunea, prin faptul ca produc o inegalitate optica a imaginilor vizuale formate si receptate in cei doi ochi. Este vorba despre afectiunile care duc la o refractie inegala. Am mentionat mai sus anizometropia. Acum constatam ca ea insasi devine un factor cauzal.

Dar afectiunile nervului optic si leziunile retiniene sau afectiunile oculare cu efecte inegale in cei doi ochi pot impiedica realizarea legaturii functionale prin care se manifesta reflexul de fuziune. În toate aceste cazuri, corespondenta retiniana (stimularea punctelor retiniene corespondente) nu se mai desfasoara normal si imaginile nu mai fuzioneaza corect. Imaginea mai slaba o tulbura pe cea mai clara, efectul fiind o percepere confuza, neclara sau chiar o dublare a imaginii (diplopie). Drept urmare se produce fenomenul de adaptare cunoscut sub nuźmele de neutralizare, care are loc la nivelul scoartei occipitale, printr-un proces de inhibitie.

Ochiul nefolosit ajunge la o situatie de ambliopie din ce in ce mai grava, adica pierde capacitatea de a vedea. Ambliopia lui organica initial este agravata acum de o ambliopie suplimentara functionala, adica este cauzata de nefunctionare si de inhibitie. Recuperarea vederii binoculare devine din ce in ce mai putin posibila in acest caz.

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

b) Cauze motorii

Cauzele motorii ale disfunctiilor vederii binoculare sunt legate de diferite tipuri de dereglari ale motilitatii oculare, de afectiuni ale muschilor care asigura motilitatea globilor oculari. Pot fi implicati si nervii oculomotori, care inerveaza acesti muschi.

Tulburarile motilitatii oculare sunt cauzate de anomalii in lungimea muschilor si tendoanelor lor, incapacitatea lor functionala de a efectua miscarile oculare, in conjugarea actiunii muschilor celor doi ochi. Tot de natura motorie este asa-numitul **strabism paralitic**, cauzat de paralizia partiala sau totala a unui muschi ocular.

Amintim aici si **nistagmusul**, o tulburare a motilitatii oculare caracterizata prin miscari oscilatorii involuntare ale ochiului, care sunt fie pendulare, fie ritmice. Ele dovedesc adesea o lipsa a capacitatii de fixatie normala. in cazul in care se pot restabili vederea binoculara si localizarea spatiala dispare si nistagmusul.

F. Disfunctii ale mecanismelor corticale ale vederii

Functia vizuala poate fi tulburata si de afectiuni de la nivel cortical. Exista o mare varietate de afectiuni cerebrale care pot deveni cauze ale unor deficiente vizuale. Ele pot afecta propagarea impulsului nervos in nucleul central al analizatorului vizual si in alte zone cerebrale; pot afecta de asemenea reglarea receptorului prin nervii muschilor oculari si prin fibrele aferente care se gasesc in structura nervilor optici.

Unele cercetari de psihopatologie au incercat sa stabileasca anumite relatii - insuficient demonstrate insa - intre aparitia strabismului si starile psihice de anxietate, frustrare, gelozie, sentimente de culpabilitate ale individului etc.

BCU "ASACHI" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Encefalopatiile pot duce la paralizia psihica a vederii, in care este afectat reflexul de fixatie. Tumorile cerebrale duc adesea la slabirea vederii, uneori si la false perceptii, greseli de identificare, reflectare denaturata a dimensiunilor si a distantelor.

Psihastenia, isteria, psihozele schizofrenice pot duce la asa-numita cecitate psihica, sindrom descris de J. M. Charcot de peste un veac. Este vorba despre o tulburare de perceptie, care face dificila sau chiar imposibila recunoasterea obiectelor, persoanelor, a imaginilor, culorilor. Consecinte grave asupra functiei vizuale au adesea afectiunile vasculare si hemoragiile cerebrale, atrofiile cerebrale sau traumatismele cranio-cerebrale. Toate acestea pot fi cauze ale orbirii sau ale ambliopiei.

G. **Afectiuni contractate in perioada intrauterina (factori cauzali prenatali)**

Printre factorii congenitali se afla adesea afectiunile transmise de mama fatului in timpul sarcinii, mai ales in etapele ei timpurii. Este vorba mai ales de **bolile infectioase** de care sufera mama in timpul sarcinii si ale caror toxine trec prin placenta la embrion, actionand si asupra tesutului ocular al acestuia. Astfel, rubeola, care pentru mama nu este daunatoare, ascunde un risc mare pentru fat.

Subliniem mai ales pericolul pe care-l ascund **bolile sexuale ale gravidei**. **Conjunctivita blenoragica** a nou-nascutului are urmari directe asupra dezvoltarii functiei vizuale a fatului. **Sifilisul**, al carui microb traverseaza placenta si se transmite fatului, reprezinta cauza multor cazuri de **glaucom, atrofie optica, keratita, iridociclita** etc.

Nu putem neglija nici **efectele nocive ale alcoolismului parintilor**. Unele cazuri de **nevrita retrobulbara si-au gasit explicatia in intoxicatia**

alcoolica. Factorii stresanti si oboseala excesiva a mamei isi joaca, de asemenea, rolul lor negativ.

H. Afectiuni organice generale care determina deficienta vizuala

1. Factori de natura ereditara.

Factorii ereditari, constitutionali pot fi considerati raspunzatori de multe dintre afectiunile oculare. Uneori ei actioneaza direct si implacabil, alteori insa au doar caracterul unor factori predispozanti sau ai unor factori de risc.

De natura ereditara sunt diferitele anomalii si malformatii ale aparatului ocular cum ar fi: **anoftalmia, microfialmia, lipsa cristalinului sau a irisului, distrofia corneei, anomalia pozitiei globilor oculari, pupile asezate excentric. Albinismul** este ereditar, iar **glaucomul** are si el factori-cauza ereditari. Unele **tumori** maligne, **atrofii** optice ale retinei, ale coroidei, ale nervului optic au si ele in mare parte o origine ereditara. Sunt ereditare si diferitele defecte de conformatie cu care se naste copilul: muschii globului ocular prea lungi sau prea scurti, anomaliile ligamentelor etc.

2. Factori perinatali

Aici se pune mai ales problema traumatismelor obstetricale care pot cauza leziuni sau anomalii de dezvoltare anatomo-fiziologica a analizatorului vizual.

BCU "I. GHEORGHE" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3. **Factori patologici postnatali**

Numeroase boli generale contractate in copilarie, in special in primii 3 ani de viata, pot avea urmari dramatice asupra functiei vizuale. Din nou se amintesc bolile infectioase (gripa, variola, rujeola, scarlatina, tusea convulsiva, herpesul etc), care explica afectiunile corneei, congestia conjuctivelor oculare, leziunile retinei. Cazurile de difterie pot duce la paralizia acomodatiei.

Dintre urmarile negative pe care le pot avea **bolile reumatice** amintim: tumefierea pleoapelor, congestia conjunctivelor, keratite, inflamatii ale irisului, cataracte. Exoftalmia se poate datora unei **tulburari in functia glandei tiroide** (boala Basedow). in general, afectiunile endocrine ascund riscul unor repercusiuni pe plan vizual.

De asemenea, **bolile cardiovasculare** aparute in ontogeneza timpurie actioneaza negativ asupra tensiunii intraoculare si pot duce la tromboze ale vaselor oculare si la dezlipiri de retina. Complicatii oculare apar si in **unele boli digestive si in avitaminoza.**

Mai multe afectiuni oculare ne indica prin chiar numele lor ca sunt provocate de **diabet**: retinopatie diabetica, cataracta diabetica irita diabetica. Nefritele si retinopatiile se asociaza in unele cazuri cu boli reumatice. Deficiente vizuale din ce in ce mai grave sunt provocate de **meningite, encefalite si de trombo-flebite cerebrale**.

Traumatismele oculare

Afectiunile oculare care produc deficienta vizuala pot fi provocate si de traumatisme oculare. Despre traumatismele oculare putem spune nu numai ca sunt statistic cauzele cele mai frecvente ale orbirii, dar si cauzele care ar putea fi de cele mai multe ori evitate.

Suntem interesati in mod special de accidentele oculare ale copiilor. Aceste accidente se petrec cel mai adesea in timpul jocurilor si, intr-o oarecare masura, in activitatea scolara si in viata de familie, unde copiii pot ramane nesupravegheati.

- Contuziile se produc prin lovirea globului ocular, dar fara o perforare a acestuia. O contuzie poate produce dezlipirea de retina imediat dupa accident. in zilele urmatoare contuziei, chiar daca durerea s-a potolit, poate avea loc un proces de opacifiere a corneei sau a cristalinului (cataracta traumatica).

- Plagile perforate sunt produse de obiecte ascutite si taioase care ranesc ochiul, provocand de obicei o infectie. Jocurile cu pocnitori si artificii pot produce o explozie care sa raneasca ochii. Varful ascutit care patrunde in ochi poate distruge unele organe intraoculare care sunt foarte sensibile. Cu atat mai grava este situatia cand o parte din obiectul care a produs leziunea ramane in globul ocular. Aceste plagi penetrante devin o cauza a deficientei vizuale prin faptul ca distrug corneea, de la care infectia se intinde in tot globul ocular, lezeaza uneori irisul si cristalinul, produc hemoragii in vitros etc.

- Arsurile oculare sunt produse mai rar de agenti fizici (flacari, lichide fierbinti, raze ultraviolete), dar foarte frecvent de agenti chimici (var, soda caustica, amoniacul, apa oxigenata, creionul chimic). Sunt lezate mai intai pleoapa si conjuctiva, iar corneea se opacifiaza din primele minute. Apar complicatii ca iridociclita toxica sau chiar glaucomul. Afectiuni grave se pot produce si prin actiunea unor medicamente oculare aplicate la o concentratie mai mare decat cea prevazuta prin prescriptie medicala.

BCU "SI CENTRALA UNIVERSITARA"

Toate aceste cauze pot fi prevenite in mare masura, atat prin inlaturarea unor conditii negative de actiune patologica, cat si prin unele interventii medicale sau de ordin psihologic, corectiv-recuperative, de formare a atitudinilor de igienizare.

3.3.3. Caracterizarea somatica si psihologica a nevazatorului

A. Particularitatile generale ale deficientului de vedere

Rolul analizatorului vizual consta si in aceea ca el furnizeaza cea mai mare cantitate de informatii care, prelucrate si interpretate la nivelul instantelor superioare, permit ca relatia dintre organism si mediu sa se realizeze in conditii optime.

Vederea la om reprezinta una dintre functiile cele mai complexe. Complexitatea și importanta analizatorului vizual la om este data de faptul ca in conditiile concrete ale existentei sale, in relatiile sociale si de munca, vazul subordoneaza intreaga experienta senzoriala a celorlalti analizatori si o integreaza într-un sistem cu predominanta vizuala. Dezvoltandu-se atat in tiflogeneza cat si in ontogeneza ca fiind cel mai complex analizator de distanta, se dezvolta, totodata si calitati reflectorii specifice vazului, care permit, in conditiile existentei vederii, integrarea si organizarea specifica a mesajelor informationale de la ceilalti analizatori. Modalitatea analizatorului optic de a reflecta realitatea obiectiva in forma predominant simultana si globala, precum si o analiza globala si succesiva a obiectelor in miscare si unele calitati reflectorii specific vizuale ca de exemplu lumina, culorile si spatiul tridimensional, fac ca acest analizator sa ocupe locul central in procesul de integrare si organizare a intregii experiente senzoriale a omului. In procesul integrarii si sistematizarii lor, imaginile

formate prin participarea celorlalti analizatori capata o nota comuna, dominanta, si anume nota de vizualitate. Cu toata diversitatea lor, imaginile formate prin ceilalti analizatori sunt parca absorbite, se includ in dominanta reprezentarilor vizuale, fapt care poate conferi analizatorului optic denumirea de analizator al reprezentarilor si, indeosebi, al reprezentarilor partiale. Caracterul dominant al analizatorului vizual in psihologia omului poate fi observat si prin aceea ca, la omul cu vedere, rememorarea unor fapte si impresii trecute are loc tocmai prin intermediul imaginilor vizuale si mai putin sau deloc prin imagini elaborate de ceilalti analizatori, mai ales daca ele nu sunt provocate.

Desigur, nu acelasi fenomen se petrece la orbul congenital, la care dominanta integrarii imaginilor este elaborata prin analizatorii existenti. Strecurandu-se in filogeneza dupa analizatorul tactil, vazul si-a adaugat noi calitati reflectorii care au permis omului sa cunoasca lumea obiectiva nu numai in modul nemijlocit, in contactul direct cu obiectul, dar desprinzandu-se de obiect, sa cunoasca spatiul indepartat in perspectiva, in varietatea luminozitatii si a culorilor.

Aceste calitati noi, proprii vederii (lumina, culoarea si perspectiva spatiului indepartat), fac ca ochiul (desi acesta reflecta doar sapte calitati ale lumii obiective, fata de noua calitati reflectate de tact) sa fie mai bine adaptat cerintelor vietii umane.

Cu toate acestea, prin natura sa psihologica, vederea este mijlocita de tact si de pipait, functii care reflecta calitatile obiectelor si ale fenomenelor nemijlocit, prin contactul direct cu ele. in literatura de specialitate se apreciaza ca 80-85% dintre informatiile prelucrate de creierul uman sunt furnizate de analizatorul vizual; totusi, lipsa vederii nu duce la o atat de mare diferenta in cunoastere intre un om vazator si un nevazator.

BCU "MIHAI EMINESCU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

in activitatea psihica a nevazatorului, in ontogeneza, iau nastere si intra in actiune o serie de mecanisme neuropsihice care conduc la o activitate compensatorie ce redreseaza sensibil diferenta care i-ar putea departaja pe valizi de nevazatori. Aceasta activitate compensatorie nu este data, cum gresit se crede, de o activitate congenitala mult marita a analizatorilor restanti, ci de o antrenare a acestora pe parcursul vietii, de o explorare maxima si eficienta a informatiilor furnizate de ei. Omul valid, beneficiind de o cantitate mare de informatii vizuale, nu are nevoie si deci nu solicita ceilalti analizatori decat intr-o masura mai mica. Fara sa punem semnul egalitatii intre cunoasterea care beneficiaza de informatii vizuale si cea care nu beneficiaza de acestea, putem spune totusi ca nevazatorul care beneficiaza de o buna activitate compensatorie a simturilor restante poate ajunge la rezultate care nu sunt cu nimic mai prejos decat rezultatele oamenilor valizi.

B. <u>Particularitati neurofiziologice ale deficientului de vedere</u>

Astfel de urmari mai direct legate, dar nu exclusiv, de natura si de gradul deficientei vizuale sunt cele care se produc pe plan neuro-fiziologic. Au loc unele schimbari importante ale proceselor bioelectrice cerebrale, encefalograma la orbi fiind deosebita de cea normala prin disparitia ritmului alfa, precum si prin scaderea marimii tuturor oscilatiilor electrice ale scoartei. Se constata o deplasare a focarului activitatii electrice maxime din regiunea occipitala (unde se afla centrul perceptiei vizuale) in regiunea centrala a scoartei, unde se afla centrul perceptiei tactil-kinestezice. Encefalograma reflecta, asadar, compensatia intersistemica.

Modificarile dinamicii corticale la deficientii vizual, depistate prin cercetarile asupra formarii reflexelor conditionate, [illegible]cta si ele tipul de

activitate adaptativa prin care se compenseaza lipsa sau scaderea vederii. În activitatea copilului, aceasta s-ar traduce prin ritmul mai lent de lucru si o comutare mai lenta de la un tip de actiune la altul, nou. La declansarea reflexelor de orientare s-a observat o inhibare a reactiilor motorii de orientare, exprimand prudenta sporita a deficientului vizual in fata situatiilor noi, teama de necunoscut inhiband miscarile, reducand mobilitatea. Tot in legatura cu adaptarea la situatii necunoscute, in cazurile de cecitate tardiva s-a observat o reactivitate vegetativa crescuta la semnale sonore (manifestata, printre altele, prin accelerarea respiratiei). Dupa cum vedem, la nivelul activitatii nervoase superioare au loc modificari care reflecta nu numai infirmitatea ca atare, dar si modul in care deficientul vizual se adapteaza la situatia existenta.

Pentru anumite particularitati neurofiziologice intalnite la unii nevazatori (afectarea metabolismului glucidic si al lichidelor, frecventa relativ ridicata a starilor de surmenaj, tulburari ale somnului) s-au adus explicatii interesante prin descrierea functiei energetice a segmentelor aferente ale nervului optic si a rolului stimulativ al energiei luminoase asupra unor procese neurovegetative prin intermediul sistemului diencefalic-hipofizar.

In conditiile cecitatii, absenta acestor functii energetico-stimulative si reglatorii a unor procese neurovegetative legate de energia luminoasa prin intermediul sistemului diencefalic-hipofizar, consideram ca poate fi relativ compensata prin intermediul educatiei muzicale a nevazatorilor. Puterea dinamogena a muzicii a fost relevata de numerosi cercetatori. R. Hussen arata ca, la nivel bulbar, influxurile auditive ale nervului VIII pot avea o actiune facilitatoare sau stimulativa asupra unor raspunsuri motrice. In cautarea acestor fenomene, cercetatorii au facut investigatii radiologice

BCU "I.C. BRĂTIANU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ale centrului osos al hipofizei, asa numita sa turceasca. S-a constatat ca, la orbii cu deficienta instalata timpuriu, saua turceasca are, in medie, dimensiuni mai mici decat in cazurile de orbire tardiva. Aceasta modificare a fost interpretata in sensul ca "lipsa impulsurilor de lumina din copilaria timpurie a dus la disfunctii hipofizare".

Mult rasunet a avut o cercetare intreprinsa de A. Binet la inceputul secolului XX, ale carei rezultate au fost publicate in 1902. A. Binet a facut masuratori antropometrice comparative ale craniului vazatorilor si nevazatorilor (diametrul transversal si cel antero-posterior), constatand ca 70% dintre nevazatorii studiati aveau un volum cranian mai redus decat media normala, fenomen cu atat mai evident, cu cat deficienta este instalata mai de timpuriu. De-a lungul secolului trecut, aceasta cercetare a fost de mai multe ori reluata, rezultatele fiind contradictorii. Problema ramane controversata. Nu este singura problema insuficient clarificata din domeniul repercusiunilor neurofiziologice ale deficientei vizuale.

C. Particularitati fizice si psihice ale deficientilor vizuali

Deficienta vizuala se repercuteaza nu numai asupra vietii psihice si asupra relatiilor sociale ale deficientului, ci poate influenta, totodata, si unele aspecte morfo-functionale ale organismului.

Defectele vizuale, considerate ca defecte primare, pot deveni la randul lor cauze pentru o serie de alte defecte, denumite secundare, care se instaleaza la nivelul unui organ, sistem sau aparat, fiind modificari de natura extraoptica.

În continuare prezentam particularitatile fizice ale mimicii, tinutei corpului, motricitatii deficientilor vizual. Ca urmare directa a cecitatii se

apreciaza schimbarea expresiei fetei, care se datoreaza lipsei functiei expresive a ochilor.

În momentul scolarizarii, copiii orbi se prezinta deseori cu o dezvoltare fizica intarziata, W. Dabe vorbind despre o ramanere in urma in medie de 2 ani. "Din cauza sedentarismului la copiii orbi se remarca o dezvoltare dizarmonioasa ca urmare a dezechilibrului de forte intre grupele musculare mai mult in repaus ". Lipsa controlului vizual asupra tinutei corpului poate duce la atitudini deficiente si la defecte fizice ale intregului corp sau ale unor segmente corporale. Dupa cum aratau A. Ionescu si D. Motet, atitudinile deficiente globale mai frecvente sunt: atitudini globale rigide, atitudini cifotice si musculatura insuficient dezvoltata.

Dintre deficientele partiale se intalnesc la orbi urmatoarele:

- capul si gatul aplecate inainte sau inclinate lateral;
- umerii cazuti si adusi sau ridicati;
- torace ingust;
- membrele superioare si inferioare subtiri, cu reliefari musculare slab dezvoltate;
- spate plan, cifotic sau rotund;
- coloana vertebrala poate prezenta deviatii: scolioze, lordoze, cifoze;
- miscarile sunt retinute, sovaitoare, fiind limitate la strictul necesar;
- miscarile comandate nu au o directie precisa de executie si se remarca o lipsa evidenta de simetrie a segmentelor intr-o miscare comuna, ca urmare a unor dificultati de coordonare a miscarilor;
- mersul este rigid, nesigur, ezitant, trunchiul ramane aproape nemiscat, iar capul indreptat inainte, picioarele se ridica exagerat, iar talpa este asezata cu grija ("mers de barza"), bratele nu se misca simetric in mers, ci atarna in jos.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Datorita activitatii motrice reduse si deficientelor in dezvoltarea somatica, apar si tulburari la nivelul sistemelor circulator si respirator. Respiratia este superficiala, lipsita de amplitudine. Este firesc ca frecventa ridicata a acestor particularitati morfo-functionale la deficientii vizual reclama masuri instructiv-educative speciale. Un aspect special al acestor particularitati il constituie manie-rismele, ticurile sau manifestarile motrice negative.

Literatura de specialitate descrie o serie de manierisme specifice deficientilor vizual, denumite de literatura anglo-saxona: blindisme. La copiii total lipsiti de vedere, la orbii congenitali si la cei din primii ani de viata apar frecvent, inca din copilaria timpurie, **manifestari motrice negative** care se fixeaza si devin deosebit de rezistente la corectare. Dintre acestea mai intalnite sunt:

a) **o serie de ticuri** se manifesta la acei copii orbi care au resturi mici de vedere, de tipul sensibilitatii luminoase si constau intr-un Joc" cu acest rest de vedere, copilul provocandu-si senzatii luminoase, apasari cu degetul pe globul ocular, miscari rapide cu degetele sau cu obiectele luminoase inaintea ochilor, leganatul corpului in fata geamului sau inaintea unei alte surse luminoase;

b) **o alta categorie de ticuri se caracterizeaza prin mimica fetei si se manifesta prin grimase, incretirea fruntii si a buzelor sau miscari stereotipe ale capului;**

c) **o serie de stereotipii motrice** sunt localizate la nivelul capului, trunchiului si al membrelor, intre acestea se numara:

- pendularea capului stanga-dreapta;
- leganatul bratelor, picioarelor sau al trunchiului;
- invartirea pe loc;

- saritul pe loc;

- intinderea intregului corp in directia unor surse sonore;

- frecatul mainilor;

- lovirea genunchilor, cu leganarea concomitenta a capului si a trunchiului.

Prin munca educativa cu elevii orbi se stie ca prevenirea ticurilor este mai putin dificila decat combaterea lor. Prevenirea acestor manifestari negative nu se poate obtine prin simpla interdictie verbala. Cea mai importanta masura consta in antrenarea copilului in diferite activitati, jocuri si exercitii fizice.

Asa cum am aratat la prezentarea particularitatilor morfo-functionale ale nevazatorilor, dezvoltarea fizica a acestora este puternic influentata de lipsa vederii. Daca la acestea adaugam raportarea defectuoasa a adultilor la copiii nevazatori pana in perioada scolara, intelegem de ce la intrarea in scoala diferentele din punct de vedere al dezvoltarii fizice dintre un copil nevazator si un copil valid pot fi semnificative.

Aceste diferente sunt mult mai atenuate la copiii nevazatori fata de care exista din partea parintilor preocupari statornice, egale cu preocuparile fata de copiii valizi, pentru o crestere sanatoasa. Mentalitatile gresite, lipsa unei indrumari competente si totale, ignoranta asupra disponibilitatlor copilului nevazator pot duce uneori atat la instalarea unor deficiente fizice serioase, cat si la o intarziere sociala care vor necesita, poate, ani de munca sustinuta pentru diminuarea acestora.

Dezvoltarea fizica a copilului nevazator ca si asigurarea conditiilor de formare a unor deprinderi si cunostinte motrice sunt cu atat mai importante, cu cat acestea reprezinta, am putea spune, conditiile de baza ale unei evolutii cat mai normale din punct de vedere psihic.

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Evolutia psihicului in ontogeneza la nevazatori cunoaste diferente, de la un individ la altul, reprezentate de particularitati psihoindividuale specifice ca si in cazul indivizilor valizi, precum si unele diferente determinate de factorii amintiti mai sus. Absenta vederii este, insa, factorul hotarator care marcheaza si particularizeaza evolutia si manifestarea fenomenelor psihice la nevazatori.

Absenta functionarii celui mai important analizator (cel vizual) din complexul senzorial al nevazatorului face ca celelalte procese sa prezinte o serie de mecanisme specifice de manifestari.

Astfel, perceptia se prezinta la nevazatori cu un registru mult mai restrans, fapt care va determina mari dificultati in structurarea experientei de cunoastere.

Informatiile furnizate de analizatorii restanti nu pot asigura formarea unor imagini complete la nivelul scoartei, ci doar formarea unor imagini incomplete, sarace, mai putine si, in multe cazuri, mai defectuoase. Lipsa perceptiei miscarii obiectelor, a perceptiei spatiale, a profundului tridimensionalitatii obiectelor mari si foarte mari ridica probleme insurmontabile in calea formarii ansamblului de reprezentari cu efecte negative in organizarea si manifestarea motricitatii.

Trebuie sa remarcam insa ca, in perioada prescolara si scolara, dirijarea atenta si competenta a intuitiei obiectelor si a observatiei fine va diminua mult diferentele ce ar putea aparea intre nevazator si valid. Reprezentarile care iau nastere pe baza imaginilor obiectelor si fenomenelor percepute anterior reprezinta un mom[illegible]modal, intrucat prin gradul lor ridicat de generalizare fac trecerea de la senzorial la logic. Aspectele negative subliniate la perceptii se vor gasi si la nivelul formarii

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

reprezentarilor si vor reprezenta un bagaj redus de reprezentari la nevazatori.

Utilizarea reprezentarilor existente, rolul major al limbajului in formarea si vehicularea reprezentarilor si sprijinul substantial al imaginilor permit nevazatorilor sa suplineasca si sa depaseasca mult dificultatile in structurarea si utilizarea sistemului de reprezentari. Dificultati mari, dar nu de netrecut, cunoaste nevazatorul legat de reprezentarea miscarilor. Aceasta are consecinte in formarea si insusirea deprinderilor si a cunostintelor motrice, in insusirea experientei motrice a celor din jur si in structurarea unei experiente motrice personale. Toate acestea reprezinta, in acelasi timp, tot atatea motive pentru reconsiderarea rolului educatiei fizice in gradinitele si scolile pentru nevazatori si pentru asigurarea unor legaturi solide a profesorilor de educatie fizica din aceste scoli, care pot contribui intr-o masura extrem de mare, atat la formarea unui numar cat mai mare de reprezentari ale mis carii, cat si la imbunatatirea nivelului de motricitate a copiilor nevazatori. O atentie cu totul speciala trebuie acordata formarii reprezentarilor ideomotorii la elevii nevazatori. Acest tip de reprezentari prezinta o mare valoare formativa in ceea ce priveste insusirea si efectuarea miscarilor. Reprezentarile ideomotorii sunt legate intotdeauna de experienta personala anterioara, astfel incat in orele de educatie fizica profesorul trebuie sa urmareasca permanent consolidarea experientei personale si imbogatirea ei.

Mentionam ca, desi volumul reprezentarilor ideomotorii la nevazatori nu va egala niciodata volumul acestor reprezentari la copilul valid, trebuie gasite cai si metode de formare a unor astfel de reprezentari

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

avand in vedere ca numai astfel elevul nevazator va ajunge la executarea corecta si cu un consum minim de energie a miscarilor.

În ceea ce priveste sistematizarea si organizarea memoriei la nevazatori, specialistii arata ca aceasta se realizeaza in bune conditii si nu sunt rare cazurile nevazatori cu memorie performantiala.

La nevazatori, memoria este foarte bine servita de spiritul de observatie activ, de limbajul bine structurat si de o atentie postvoluntara bine educata. Unele diferente intre nevazator si vazator se manifesta privind memoria motorie, care la nevazator are o importanta deosebita in orientarea spatiala, dar nu este atat de bogata avand in vedere dificultatile existente in formarea de reprezentari ale miscarilor.

In activitatea de educatie fizica cu nevazatorii, profesorul se poate sprijini foarte bine facand apel la limbaj si la imaginatie. Nevazatorul are in general un limbaj bine dezvoltat, chiar daca, mai ales la copiii pana in 14-16 ani, o parte dintre reactiile vehiculate nu au acoperire in continut. Realizari importante insa se pot obtine cu acesti elevi utilizand bine instructajul verbal si activand imaginatia.

Organizarea activitatii se prezinta foarte diferit de la un nevazator la altul si este puternic dependenta de modul de relationare a familiei si a adultilor in general cu aceasta categorie de copii.

Deficienta in general conduce la o crestere a sensibilitatii emotionale, sensibilitate care atunci cand este cunoscuta poate fi folosita atat in stabilirea de relatii foarte bune intre membrii unei colectivitati, sau intre profesor si elev, cat si la stimularea elevilor in obtinerea de rezultate bune. Antrenarea atenta in activitate a motivatiei avand in vedere valoarea energetica a acesteia, stimularea intereselor ca si cristalizarea convingerilor asigura nevazatorului continuitate si succes in activitate. Foarte atent

trebuie supravegheate la elevul nevazator perioadele de diminuare a intereselor si plasarea intr-un inactivism foarte pagubitor. Atunci cand aceste aspecte negative alimenteaza neincrederea putem asista la stagnari, cat si la regrese in activitate. Avand in vedere conditiile lor de existenta, atentia la nevazatori cunoaste aproape in permanenta un nivel de actionare mai ridicat decat la copiii valizi. Unele aspecte de asa-zisa rigiditate manifestate in miscare (in general in mers), in orientarea spatiala, sunt de fapt efecte ale unei concentrari a atentiei in vederea prelucrarii si utilizarii maxime a informatiei.

Una dintre conditiile structurarii armonioase a nevazatorului o constituie activitatea permanenta si variata. Depistarea si educarea, manifestarea aptitudinilor generale si speciale ale nevazatorilor ridica gradul de complexitate al personalitatii. Contactul neintrerupt cu copiii valizi de aceeasi generatie, ca si activitatile comune cu acestia duc la cresterea gradului de incredere in fortele proprii si la diminuarea si stergerea complexelor de inferioritate care se pot manifesta uneori in viata nevazatorilor.

D. <u>Particularitatile psihomotricitatii la nevazatori</u>

Lafon defineste psihomotricitatea drept Rezultatul integrarii interactiunii educatiei, maturizarii sinergiei si conjugarii functiilor motrice si psihice, nu numai in ceea ce priveste miscarile, ci si in ceea ce le determina si le insoteste - vointa, afectivitate, nevoi, impulsuri". in conditiile lipsei vederii, psihomotricitatea capata o importanta deosebit de mare in structurarea si manifestarea vietii psihice a omului, in general in viata si activitatea lui.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Rolul analizatorului vizual consta, intre altele, si in aceea ca el furnizeaza informatii, care, prelucrate si interpretate la nivelul instantelor superioare, permit ca relatia dintre organism si mediu sa se realizeze in conditii optime. Deficienta vizuala determina o evolutie si o organizare specifice motricitatii. In functie de momentul survenirii cecitatii si de gradul de afectare a analizatorului vizual, psihomotricitatea cunoaste unele diferentieri la diferitele categorii de nevazatori.

Este foarte greu de realizat un tablou general al evolutiei psihomotricitatii la nevazatori cu cecitate congenitala si la cei cu cecitate dobandita foarte de timpuriu, deoarece tiflopsihologia nu a realizat inca studii privind evolutia copilului nevazator de la nastere la adolescenta. Studiile existente se refera, mai ales, la perioada scolara si abordeaza unele aspecte izolate ale evolutiei vietii psihice a nevazatorului bazandu-se, in special, pe observatii, mai putin pe cercetare si aproape deloc pe experimentul psihologic formativ. In literatura sovietica de specialitate, a existat un numar relativ mare de studii si cercetari, efectuate insa pe nevazatorii adulti cu cecitate survenita tarziu.

Numerosi cercetatori (Zemtova, Mescereakov, Zimin, Kovalenco) au abordat in special problema activitatii compensatorii a analizatorului vizual, precum si unele aspecte privind reorganizarea disponibilitatilor psihomotrice in vederea insusirii unor profesiuni din cele mai diferite domenii.

Vom incerca sa prezentam unele aspecte ale evolutiei psihomotricitatii la copilul nevazator, pornind de la unele observatii ocazionale pe copiii nevazatori mici, dar mai ales de la relatarile parintilor, in discutiile purtate cu acestia in vederea intocmirii fisei pedagogice la intrarea copiilor in scoala. De asemenea, vom incerca o analiza

comparativa a evolutiei psihomotricitatii la deficientul vizual in raport cu evolutia acesteia la copilul vazator.

Structurarea psihomotricitatii la nevazatori este determinata de o serie de factori precum:

- momentul instalarii deficientei;
- gradul deficientei vizuale (cecitate absoluta, resturi de vedere foarte slabe, slabe, medii si bune);
- temperamentul;
- tipul de personalitate;
- registrul experientei motrice individuale;
- posibilitatea insusirii experientei motrice sociale;
- volumul si calitatea reprezentarilor;
- gradul de ierarhizare si diversificare a constelatiei de motive si interese;
- nivelul de cristalizare a afectivitatii;
- gradul de concentrare a atentiei in insusirea si executarea miscarilor;
- instruirea si manifestarea controlului voluntar al posturii si al miscarii;
- atitudinea activa a copilului in insusirea cunostintelor motrice;
- atitudinea celor din jur fata de deficient in perioada in care incep dirijarea evolutiei si manifestarea psihomotricitatii.

Daca la nastere, atat copilul valid, cat si cel fara vedere, pornesc de la acelasi nivel al motricitatii (respectiv numarul mic de miscari, rezultat al reactiilor instinctuale), in scurta vreme evolutia motricitatii va cunoaste ritmuri diferite; deja in cel de-al treilea stadiu al instruirii inteligentei senzorio-motorii la copilul nevazator apar primele semne de coordonare

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

(ochi-mana). La copilul nevazator, activitatea mainii, ordonarea intrucatva a miscarilor haotice de cautare se vor realiza pe masura organizarii coordonarii auditiv-manuale.

Sirul de reactii circulare (primare, secundare si tertiare) pe care-l parcurge copilul vazator, aparitia intentionalitatii, asimilarile si acomodarile pe care le realizeaza el de-a lungul celor sase stadii ale aparitiei inteligentei senzorio-motorii vor accentua diferenta dintre un copil si altul in evolutia motricitatii, deoarece toate aceste fenomene ale copilului nevazator vor avea loc mult mai lent si se vor cristaliza mai greu.

Dintr-o optica gresita a celor din jurul copilului nevazator i se pun la indemana prea putine obiecte (jucarii) pentru a le manipula si de multe ori, acest lucru se face destul de tarziu. Consecinta acestui fapt este o stagnare si o cantonare a copilului nevazator in primul an de viata intr-un regim motric foarte slab. Acesta mareste si mai mult decalajul motric dintre un copil vazator si unul deficient vizual. Dupa primele 3-4 luni de viata, copiii in general manifesta o stare de agitatie arunci cand se intrerupe contactul cu o jucarie prin indepartarea ei (cadere, aruncare, scapare). La copilul nevazator acest comportament apare mult mai des, intrucat jucaria este gasita adesea foarte greu, datorita explorarii "haotice" a spatiului din jurul sau.

Motricitatea copilului nevazator va intra intr-o [illegible]ioada mai activa o data cu aparitia patrupediei. Mainile impreuna cu picioarele vor realiza deplasarea si vor avea un rol mai ales in investigarea unor spatii din ce in ce mai mari. Miscarile vor deveni mai ample si mai numeroase, copilul va pipai, va lovi, va mirosi obiectele din jurul sau si, treptat, va incepe sa le recunoasca pe unele dintre ele.

BCU "Ion Creangă" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Se pare ca patrupedia, la copilul nevazator, se prelungeste mai mult decat la copilul vazator. Ridicarea la pozitia verticala la nevazatori se face dupa 13-14 luni si, uneori, chiar mai tarziu. Copilul nevazator va pasi tinandu-se de obiecte ca si copiii vazatori, desprinderea de acestea facandu-se, in general, mai greu la copilul nevazator. Acesta, aflat in pozitie bipeda si in mers, isi va cauta mai indelung echilibrul si, in multe cazuri, din cauza ciocnirii de anumite obiecte in timpul mersului sau alergatului pe varfuri, va traversa stagnari sau "amanari" pe diferite perioade de timp ale exercitiilor de mers, intrucat se instaleaza inhibitia sau teama fata de un eveniment neplacut. O situatie mai aparte prezinta dezvoltarea verbo-motorie. in aceasta privinta, comparativ cu copilul vazator, se pare ca nu exista diferente semnificative. Ganguritul, lalatiunea si apoi primele cuvinte sunt rostite cam in aceeasi perioada, existand si intre nevazatori copii care pronunta primele cuvinte inainte de un an, chiar in jurul varstei de 10 luni.

Din relatarile unor mame care au crescut copii nevazatori, acestia simt nevoia acuta de a li se vorbi. Gasim ca este normal acest lucru avand in vedere ca analizatorul auditiv in aceasta perioada este dominant la nevazatori. Cu cat canalul afectiv care ia nastere intre mama si copil va fi mai bine intretinut de mama, cu atat evolutia vietii psihice a copilului nevazator in primul an de viata se va realiza in conditii mai bune. in perioada prescolara, evolutia motricitatii la copilul nevazator poate fi mai rapida sau mai lenta, se poate solda cu achizitii mai numeroase, in functie de atitudinea celor din jurul lui. in aceasta perioada, dar mai ales in perioada prescolara, treptat se organizeaza si devine tot mai activ complexul tactil-kinestezic. Explorarea tactila se ordoneaza si se organizeaza furnizand tot mai multe informatii despre obiecte. incepe

organizarea memoriei kinestezice care va stoca experienta nevazatorului. Si pentru nevazatori, varsta prescolara este sensibila la miscare. Este foarte important daca in familia copilului nevazator mai exista si alti frati, sau nu, si daca fratii sunt valizi sau prezinta deficiente. S-a constatat ca in familiile cu un singur copil, si acela nevazator, evolutia psihomotricitatii pana la perioada scolara este deosebit de lenta, numarul de cunostinte motrice achizitionate este extrem de redus, se formeaza foarte putine deprinderi si de cele mai multe ori, defectuoase, adesea apar si se manifesta ticuri si miscari haotice, dezordonate, fara valoare adaptativa. Se considera insa ca acestea au la baza nevoia copilului de miscare. In familiile in care nevazatorul nu este singurul copil, acesta avand si frati mai mici, evolutia psihomotricitatii copilului nevazator este net superioara fata de situatia descrisa mai sus. Acest copil va fi antrenat in miscare, se va deplasa mai mult insotit, dar o va face si singur, din ce in ce mai bine si mai mult, isi va insusi mult mai multe deprinderi si, la intrarea in scoala, va avea o varsta motorie apropiata de cea a copilului cu vedere. Corectiile, uneori dure, aduse in general de frati modului de executie a unor miscari vor avea in final efecte benefice.

Parte din experienta motrica sociala este insusita si utilizata de copilul vazator prin imitatie. Copilul nevazator, care poate imita cu usurinta numai ceea ce percepe auditiv, are un nivel motor mai scazut, chiar si in perioada scolara si o serie de miscari si de deprinderi insuficient sistematizate din cauza ca este obligat de mai multe ori sa "refaca" si sa asimileze experienta motrica pe care copilul vazator o "prinde" mult mai repede si poate mai bine prin "imitarea" ei in urma vizualizarii schemei motrice.

BCU "CAROL I" BUCUREȘTI LIBRARY

O alta particularitate a psihomotricitatii nevazatorului consta in faptul ca schema corporala se realizeaza mai tarziu si mai greoi decat la copilul vazator. Schema corporala este o sinteza psihica intre constiinta corporalitatii si experienta subiectiva a copilului, reprezentand o contractie temporospatiala.

Schema corporala este "o reprezentare cvasiconstienta a diferitelor parti ale corpului, organizata, integrata intr-o imagine globala. Sinteza partilor propriului corp se formeaza treptat in copilarie cu ajutorul unor mecanisme plurisenzoriale, prin asocierea repetata a impulsurilor interoceptive, proprioceptive si exteroceptive ".

Initial schema corporala la nevazatori este mai labila si pot interveni o serie de dezorganizari, dar treptat ea se incheaga intr-un construct solid, care indeplineste un rol important in formarea imaginii-program a actiunii si in asigurarea preciziei si corectitudinii actiunii motrice. Psihomotricitatea detine un loc aparte in orientarea spatiala la nevazatori. Capacitatea de orientare in spatiu este destul de strans legata de experienta individuala de orientare, cu nivelul de reprezentari etc. in activitatea de orientare, subsistemul proprioceptiv-kinestezic furnizeaza permanent informatii despre postura si echilibrul corpului, iar cel kinestezic informeaza despre ansamblul miscarilor care se efectueaza in timpul deplasarii. Posibilitatea de a se orienta mai bine in spatiu a nevazatorului este conditionata de deplasarea sa cat mai timpurie fara insotitor. Copilul nevazator trebuie antrenat nu numai in cunoasterea si reprezentarea spatiului parcurs, dar si in dezvoltarea si utilizarea asa numitului simt al obstacolelor, care consta in capacitatea de a sesiza un obstacol in drumul de la o anumita distanta (nu mai mare de 1-2 m.). Aceasta sensibilitate deosebita este asigurata de pielea obrajilor si a fetei, dar credem ca este

EDUCATIONAL CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

intr-o stransa interactiune cu analizatorul pro-prioceptiv-kinestezic si cu cel acustico-vestibular.

Pe parcursul scolarizarii, la elevii nevazatori, mai mult decat la cei vazatori, alterneaza perioade de activism in miscare cu intervale in care tinde sa se instaleze un inactivism cu consecinte nefavorabile asupra manifestarilor psihomotrice

Aceste tendinte trebuie sesizate si corectate prin antrenare in diverse activitati cu caracter motric ale acestor elevi. În perioada scolara, complexul tactil proprioceptiv-kinestezic, fiind serios exersat in activitatea de scris-citit (ca si sport, lucru manual), va reprezenta o sursa a optimizarii unor parametri cum sunt: coordonarea, precizia, rapiditatea fortei. In antrenarea mobilitatii si in invatarea si consolidarea gesturilor de catre copiii nevazatori sunt utile urmatoarele idei cu forta explicativa, propuse de J.Pailhous:

a) la baza oricarui gest se afla o schema motorie, altfel am avea o simpla miscare;

b) o schema motorie este o regula care se aplica proprietatilor organismului;

c) rolul schemei motorii in producerea gestului e mai mult sau mai putin important (mergand, de exemplu, de la o simpla orientare a corpului pana la invarianti spatio-temporali, cum sunt cei din gesturile grafice implicate in scriere);

d) schema motorie trebuie sa fie specificata in parametrii ei (schema de asimilare - J. Piaget, sistem focal - Van Galen, 1980);

e) aceasta specificare si specificitatea parametrilor nu este in general suficienta pentru a produce gestul, ci numai structura sa;

BCU IASI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

f) specificitatea non-schematica a unui gest particular necesita utilizarea reaferentatiilor pentru controlul gestului, ceea ce implica o oarecare durata;

g) reaferentatiile intervin atat in controlul derularii programului motor (al schemei motorii), cat si in controlul gestului.

Trasaturile cele mai generale ale abilitatilor sau ale rutinelor motorii sunt: viteza de executie, stabilitatea programelor motorii, extrema organizare a conduitei motorii, automatismul si modul de control. Organizarea conduitei motorii se caracterizeaza prin faptul ca in cadrul ei este dificil, dupa ce s-a automatizat, sa se distinga net unitatile elementare de cele in care sunt integrate in raport cu un anumit scop. In privinta modului de control, predomina controlul interoceptiv asupra celui exteroceptiv. Achizitia lanturilor operatorii-executive sau ale abilitatilor motorii implica, cel putin in primele faze de invatare, o interventie densa a proceselor cognitive. Dar aceste faze corespund mai mult stabilirii proiectului actiunii motorii decat controlului actiunii. in invatarea si in controlul actiunii motorii sau a gestului, A. J. Adams (1972) pune accentul pe aferentatiile proprio si exteroceptive. Aceste reaferentatii - consecinte senzoriale ale producerii gestului - sunt comparate cu o memorie de reaferentatie (traseele perceptive corespunzatoare gestului dorit). A. J. Adams postuleaza rolul memoriei in alegerea directiei gestului. La nevazatori, rolul memoriei kinestezice este deosebit de mare in sfera mobilitatii si a actiunilor motorii.

Programele si schemele motorii, alaturi de alte variabile psihice (cognitive, psihomotorii, afective si perceptive), sunt implicate in orientarea si mobilitatea nevazatorilor in mediul inconjurator. Toate aceste caracteristici ale psihomotricitatii nevazatorul ui pun in evidenta necesitatea unor exercitii speciale a caror "predare" implica

BUCHAREST CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

munca in echipa: psihopedagog, profesor de educatie fizica, parinti. Profesorul si elevul trebuie sa lucreze impreuna, pentru a mari increderea in sine a elevului, cat si pentru a-si imbunatati imaginea despre el insusi. Se impune motivarea elevului, astfel incat sa-l faca sa aiba dorinta sa se deplaseze in mod independent, sa castige mai mult control asupra mediului inconjurator. Deprinderile si experienta dobandita prin aceste masuri de interventie in sfera motricitatii il ajuta pe copilul si pe tanarul nevazator in maturizarea si dezvoltarea sa.

Deficientii de vedere sunt considerati ca "oameni ai ordinii", datorita faptului ca apare necesitatea asezarii si pastrarii obiectelor in locuri bine delimitate pentru a putea fi usor gasite. Ei sunt, totodata, disciplinati si manifesta un autocontrol fata de comportamentele proprii in vederea realizarii unei corelari cat mai adecvate cu cei din jur. În Romania, deficientii de vedere sunt educati si scolarizati in unitati speciale, sunt pregatiti in scoli profesionale si licee si pot urma o institutie de invatamant superior la fel ca si o persoana valida. Rezultatele obtinute sunt edificatoare pentru formarea personalitatii si integrarea social-profesionala a deficientilor.

E. <u>Particularităţi ale percepţiei tactil-kinestezice</u>

În absenţa simţului vizual, informaţiile tactil- kinestezice şi cele auditive devin dominante la nevăzători, recepţia şi percepţia tactilă jucând rolul principal în cunoaşterea senzorială, nemijlocită a obiectelor şi fenomenelor, mai cu seamă în dimensiunile "microspaţiului", ale "spaţiului obiectelor" şi ale "spaţiului de muncă", în timp ce "spaţiul mare", spaţiul îndepărtat este explorat preponderent acustic.

Pornind de la legităţile generale ale percepţiei, studiate de psihologia generală, de psihologia genetică etc. (Piaget, 1961; Roşca, 1963; Foss, 1973; Preda 1988), tiflopsihologia studiază şi, în acelaşi timp, ridică o serie de probleme specifice, care aduc elemente noi, particulare recepţiei senzoriale şi percepţiei, în condiţiile cecităţii şi ambliopiei. Astfel, asemenea probleme specifice se referă la structura percepţiei tactile independente de percepţia vizuală, la echivalenţa informaţională a diferitelor modalităţi senzoriale şi la notele lor specifice, la aspectele comune şi diferenţiatoare ale percepţiei tactil-kinestezice şi vizuale. În cele ce urmează vom puncta câteva aspecte de acest gen.

Prin intermediul senzaţiilor tactil-kinestezic se realizează două structuri informaţionale: modelul informaţional al eului fizic (conturul schemei corporale), ca unitate funcţional dinamică delimitată de obiectele mediului extern şi sistemul modelelor informaţionale ale obiectelor perceptibile (referitoare la substanţialitate, formă, volum, asperitate, duritate). Sub unghiul gradului de adecvare la real, desigur, nevăzătorii sunt dezavantajaţi, întrucât trebuie să se limiteze doar la senzaţiile tactile şi kinestezice privind aceste modele informaţionale, în timp ce la văzători aceste senzaţii se conjugă, în diverse moduri, cu cele vizuale.

Se ştie că "lectura" caracterelor limbajului Braille nu se poate efectua decât cu ajutorul unei mici regiuni situate la extremitatea degetelor, dimensiunile sale nedepăşind 12–15 mm. La extremitatea degetelor se găsesc câmpuri de receptori de foarte mici dimensiuni, ceea ce face din acest "teritoriu" particular o zonă în care acuitatea percepţiei tactile ste cea mai mare. "Montajul" acestor receptori pe o musculatură digitală foarte fin controlată de cortex a permis compararea extremităţii degetelor cu o veritabilă "fovee tactilă" (Roll, 1987).

În privința sensibilității tactile, pentru didactică și mai ales pentru mijloacele de învățământ destinate nevăzătorilor sunt importante următoarele aspecte:

- Valorile medii ale pragurilor de presiune cutanată (sensibilitatea absolută) la vârful degetelor mâinii: 3g / mm, iar la antebrațul anterior: 8g/mm.

- Finețea discriminativă topografică (pragul diferențial): pe fața internă a vârfului degetului arătător: 2,3 mm; pe suprafața dorsală a degetelor: 6-7 mm; palma: 11, 3 mm.

Valorile de mai sus s-au obținut în condițiile stimulării punctiforme statice, fiind exclusă mișcarea activă (kinestezică) a subiecților valizi. Cercetările efctuate sub conducerea lui Ananiev (1959) au demonstrat că, în cazul tactului activ, când subiectul are posibilitatea să palpeze nemijlocit suprafața obiectelor-stimul, pragurile diferențiale înregistrează valori semnificativ mici. La fel se întâmplă și în cazul subiecților nevăzători, datorită exersării îndelungate a perceperii tactil-kinestezice și a fenomenelor compensatorii.

Pentru educația nevăzătorilor o importanță deosebită o au cercetările referitoare la funcția cognitivă a recepției senzoriale tactil-kinestezice, prin intermediul căreia se elaborează imaginea perceptivă, tactil – kinestezică a obiectelor, diferențierea și identificarea lor.

În condițiile cecității, sensibilitatea tactilă se restructurează calitativ în contextul activității de cunoaștere și al activităților practice, prin conectare la schemele motorii și kinestezice. Astfel, se formează așa-numitul complex funcțional-operațional tactil-kinestezic (sau kinestezic-tactil), care permite o prelucrare și integrare superioară a informației obiectale (Golu, 1978, p.149).

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Sensibilitatea tactilă este aceea care poate furniza semnalele specifice despre contur, substanţialitate, duritate, asperitate etc. Dar, factorul principal care facilitează integrarea informaţiilor tactil secvenţiale, fragmentare, într-un model unitar percept, imagine perceptivă) , redând individualitatea specifică a obiectului perceput, este tocmai mişcarea, kinestezia explorativă. Aceasta este absolut necesară, întrucât perceperea tactil statică (tactul " pasiv") este improprie formării imaginii unitare a obiectului, semnalele (informaţiile) rămânând disparate şi izolate. În aceste condiţii, subiectul nu poate da decât relatări vagi, confuze, atât despre forma şi mărmea obiectelor, cât şi despre identitatea lor categorială (Chircev şi colab., 1958; Zemţova, 1961; Golu, 1978).

Specificul recepţiei tactile, după Wekker, constă în declanşarea activităţii reflexe (raport bilateral periferie⇔centru), în condiţiile contactului dinamic receptor-obiect (prin intervenţia şi a kinesteziculuí) şi ale întreruperii acestuia, precum şi în condiţiile contactului staţionar, deci, fără mişcare, caz în care, după cum am specificat deja , obiectul plasat pe piele sau atins, fără a-l palpa, aprope că nu este sesizat, dând prea puţine informaţii spre a putea fi identificat (Damaschin, 1973). Declanşarea mişcării de palpare este determinată de contactul cu obiectul, deci de semnale tactile. În continuare, palparea devine un mecanism psihofiziologic de reglare a fluxului informaţional, asigurând orientarea şi aranjarea succesivă a diferitelor puncte de receptare pentru o cuprindere mai amplă a suprafeţei şi conturului obiectului. În procesul percepţiei tactil-kinestezice s-a observat o **diviziune funcţională a schemelor exploratorii motorii**, având la bază asimetria funcţională a celor două mâini, cu excepţia cazurilor de ambidextrie. În mod obişnuit, mâna dominantă în praxie joacă rolul conducător, rolul principal în explorare, în

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

vreme ce mâna subdominantă îndeplineşte un rol auxiliar în cunoaşterea tactil- kinestezică a obiectelor. Astfel, mâna dominantă va realiza mişcările de percepere propriu-zisă, iar cealaltă mână realizează mişcările de susţinere şi de fixare a obiectului. În cadrul mâinii dominante s-a observat realizarea unei anumite ierarhizări a mişcărilor degetelor: în explorarea suprafeţelor şi relevarea asperităţii, rolul principal revine degetului arătător şi celui mijlociu; în detectarea colţurilor şi identificarea contururilor, pe primul plan se situează funcţionalitatea degetului arătător şi a degetului mare (Golu, 1978, p.150). În condiţiile cecităţii, desigur, specializarea funcţională a mâinii cunoaşte o şi mai mare precizie, inclusiv la nivelul diviziunii acţiunilor şi actelor ce-i revin fiecărui deget. Astfel, degetul mare fixează obiectul şi este punctul de plecare în explorarea tactilă, care se transmite apoi celorlalte degete. Degetul arătător şi degetul mijlociu parcurg obiectul mai întâi global şi apoi analitic. Degetul arătător este cel mai activ în cuprinderea spaţiului palpat şi în recepţia tactil-kinestezică. Degetul mare, arătătorul şi mijlociul formează un fel de compas, care asigură recepţia spaţială a obiectului, parcurgând pu[illegible] cu punct conturul, detaliile, colţurile, şi în general, punctele critice, cu maximă valoare informaţională pentru cunoaşterea formei obiectului (Damaschin, 1973, p.141).

Într-adevăr, cercetările asupra percepţiei tactile efectuate din perspectiva teoriei informaţiei (Linsday, Norman, 1972; Fromm, 1975) au demonstrat că strategia explorării active a obiectelor este subordonată principiului informaţiei relevante, ceea ce se întîmplă, de altfel, şi în cazul explorării vizuale (Iarbus, 1965; Levy-Schoon, 1969, 1974, 1980; Golu, 1972, 1975, Preda, 1988). Pentru percepţia tactilă, elementele nodale, critice, purtătoare ale informaţiei relevante sunt: colţurile, curburile,

muchiile, denivelările suprafețelor, prporționalitatea unghiurilor și laturilor. Având în vedere interrelațiile funcționale dintre sensibilitatea tactilă și sensibilitatea proprioceptiv-kinestezică și în cazul acesteia din urmă elementele cu încărcătura cea mai mare de informație relevantă sunt colțurile, unghiurile, curburile și proporțiile. Totodată, intrând în contact direct cu obiectele materiale din jur, concomitent cu informațiile despre poziția posturală și mișcările care se impun în vederea manipulării lor adecvate, în procesul recepției proprioceptive și kinestezice, la veriga corticală a analizatorului se transmit și informații despre greutate, volum și raporturi spațiale. În ceea ce privește estimarea greutății obiectelor, analizatorul proprioceptiv-kinestezic poate fi considerat singurul aparat specializat în perceperea și evaluarea ei directă, cel tactil ocupând o poziție subordonată. Dar, totodată, s-a demonstrat experimental că semnalele kinestezice pot exercita o influență deformatoare asupra estimării tactile a distanțelor și lungimilor, în funcție de viteza mișcărilor de explorare. Astfel, atât în cazul tactului așa-zis pasiv (obiectul fiind mișcat pe degetele sau palma nemișcată), cât și în cazul tactului activ (parcurgerea lungimii prin mișcarea palmei/degetelor), parcurgerea rapidă a marginii (muchiei) unui obiect sau a unei rigle determină frcvente erori de subestimare, după cum parcurgerea lentă a aceloraşi lungimi provoacă erori de supraestimare în lipsa controlului vizual.

De asemenea, s-a demonstrat experimental, pe baza studiilor iluziilor intervenite în percepția unor configurații spațiale, că așa-numitele iluzii optico-geometrice nu sunt exclusiv vizuale, existând o categorie analogă de iluzii tactil-kinestezice la nevăzători și văzători (Hatwel, 1960, Roth, 1964). Astfel, de exemplu, iluzia Müller-Lyer s-a întâlnit la marea majoritate a subiecților cu care s-a experimentat (Kulaghin și Roth).

Factorul principal căruia i se datorează apariţia iluziei este, probabil, cel kinestezic. Intervenţia unor procedee tactil-kinestezice speciale de " măsurare" contribuie la perceprea corectă a raporturilor de mărime, redate cu mijoace tiflografice.

În plan comportamental, funcţia fundamentală a sensibilităţii proprioceptive şi kinestezice (care se interrelează cu cea tactilă, iar la indivizii valizi şi cu cea vizuală) este cea instrumental-adaptativă, de creare a condiţiilor fiziologice de fond pentru desfăşurarea reacţiilor otorii şi de reglare a dinamicii acestor reacţii în concordanţă cu anumite scopuri şi criterii de eficienţă (cu anumite praxii).

Funcţiilor specifice ale aferentaţiei proprioceptiv-kinestezice menţionate mai sus li se adaugă o funcţie nespecifică, auxiliară. După cum arată Golu (1978), aceasta constă, pe de o parte, în activarea scoarţei cerebrale şi întreţinerea la nivel optim a stării de veghe, iar pe dc altă parte, în asigurarea creării stării de pregătire fiziologică ge ală, a stărilor de set (motorii): set-ul de aşteptare relaxată (calmă), set-ul de aşteptare încordată (orientat-concentrată), set-ul de start, set-ul de ţintire etc.de importanţa hotărâtoare în organizarea şi desfăşurarea optimă a întregii activităţi. Desigur, în condiţiile cecităţii şi ambliopiei toate aceste stări de set primesc note specifice, în raport cu momentul survenirii deficienţei, cu gradul deficienţei şi cu calitatea educaţiei corectiv-compensatorii.

Ca şi în cazul altor modalităţi senzoriale, în percepţia tactilă, pe lângă mecanismele fiziologice primare, un rol impotant revine mecanismelor de reglare elaborate în ontogeneză, în interacţiunea directă a subiectului cu obiectele din jur. Sub influenţa limbajului şi a experienţei perceptive anterioare, actul ca stare al pipăitului se ordonează, se sistematizează, îşi diversifică structura operaţiilor şi traiectoriilor şi se

adecvează la tipologia formelor şi contururilor obiectelor. Acest lucru este foarte important la deficienţii vizuali, mai ales că la nevăzători imaginea tactilă nu poate trece sub controlul văzului-ca la valizi, iar la ambliopi controlul văzului asupra imaginii tactile este perturbat în diferite grade.

Specificul strategiilor de explorare tactil-kinestezică

În ontogeneză se elaborează, treptat, scheme speciale ale strategiei de explorare kinestezico- tactilă a obiectelor. În cadrul acestor scheme s-au evidenţiat două tipuri de mişcări ale mâinii, ca efect al unei anumite specializări (Zincenko, Lomov, 1959), analoage cu cele ale ochiului (Tihomirov, 1969). Astfel, Zincenko şi Lomov au distins:

-mişcările de căutare şi pregătire

-mişcările de urmărire

Mişcările de căutare şi pregătire se caracterizează prin viteză mare de desfăşurare, traiectorii divergente şi ample pe suprafaţa obiectului, fixarea obiectului într-o anumită poziţie. Ele urmăresc împărţirea obiectului, respectiv a zonei de explorare a obiectului, în porţiuni mici, uşor de investigat, în vederea extragerii informaţiei relevante.

Mişcările de urmărire au un caracter orientat, se desfăşoară pe traiectorii mai scurte şi recurente, leagă succesiv între ele diferite puncte comparate. Funcţia acestor mişcări este eminamente integrativă, facilitând nemijlocit elaborarea imaginii tactile a obiectului. Mişcările de urmărire au o deosebită importanţă în procesul tactil şi în formarea reprezentărilor tactil-kinestezice, prin cele trei funcţii pe care le îndeplinesc: de construire a imaginii perceptive, de măsurare şi de control şi conectare. În explorarea obiectului, prin mişcările de urmărire (de tatonare) se caută să se extragă informaţiile relevante, prin găsirea şi palparea elementelor nodale, critice, cu maximă valoare informaţională, iar apoi, prin mişcările de evaluare şi

BCU "SPIRU HARET" UNIVERSITY LIBRARY

comparare, se realizează integrarea lor într-o matrice perceptivă sau "schelet" de bază al modelului informaţional, al imaginii (Golu, 1978, p.150).

Observarea atentă a procesului de palpare, de explorare tactil-kinestezică a unui obiect de către nevăzători relevă faptul că acest proces perceptiv are o desfăşurare discontinuă, prin detaşări, salturi, reveniri, mişcări repetate de înaintare în cunoaşterea unor părţi ale obiectului şi mişcări inverse, de revenire. Acest mod de palpare realizează o cunoaştere mai rapidă şi mai adecvată decât dacă degetele urmăresc succesiv şi în contact nemijlocit fiecare parte a obiectului. Rezultă, de aici, că palparea are legi proprii şi numai pe baza lor se ajunge la efecte receptive optime (Damaschin, 1973, p.140).

Controlul informaţional pe cale tactil kinestezică se realizează prin micromişcări repetate, prin reveniri şi oscilaţii, prin acţiuni aferent inverse şi deliberări între mişcarea analitică şi ea integrativ-sintetică. În citirea în Braille, de exemplu, funcţia de control are loc printr-o explorare tactil-kinestezică segmentată, prin investigări discontinue, prin mişcări ale degetelor care se succed, cu cele două mâini, în urmărirea aceloraşi puncte. Există, deci un sistem de dublare şi de triplare a semnalizării tactil-kinestezice, fapt care determină un înalt nivel de sensibilitate, uşurând elaborarea unei imagini adecvate. Capacitatea deosebită de analiză, diferenţiere şi sinteză a semnalelor palpate, receptate tactil-kinestezic, este elaborată printr-un sistem de asociaţii funcţionale între mână, ca organ periferic efector-receptor şi formaţiunile (proiecţiile) corticale implicate în procesul de citire/scriere Braille. Forma în care se efectuează citirea tactil-kinestezică (Braille) este **succesivă** şi **analitică** (respectiv, analitico-sintetică), având o mai mare intensitate în faza iniţială a formării

deprinderilor de citire. În citirea tactil-motorie, limita cuprinderii spaţiale este determinată de linia de contact a mâinii cu semnele punctiforme, viteza de reproducere fiind limitată în acest spaţiu şi, deci, relativ diferităde posibilităţile optice, care sunt eliberate de contactul prin atingere şi realizează anticiparea în spaţiul optic, în cadrul câmpului operativ al vederii. Totodată, în timp ce văzul operează simultan şi rapid, mâna, în mişcare, operează pipăind, palpând succesiv şi analitic. De aceea, citirea în Braille se realizează cu o viteză mai redusă decât citirea obişnuită, vizuală. În tehnica citirii în sistemul punctiform Braille, degetul arătător i mijlociu de la mâna dreaptă,analizează,diferenţiază şi identifică (recunoaşte) semnalele alfabetului, punctuaţiei, cifrele şi simbolurile matematice, semnele (notele) muzicale etc., iar aceleaşi degete de la mâna stângă verifică respectiv confirmă sau infirmă identificările efectuate anterior,cu mâna dreaptă.

Rezultatele evident superioare obţinute de nevăzători în comparaţie cu persoanele valide în utilizarea percepţie tactile (de exemplu, citirea tactilă în sistemul Braille) nu se explică atât prin creşterea sensibilităţii tactil-kinestezice, ci prin formarea unor deprinderi senzorio-motorii operative, prin valorificarea superioară a datelor senzoriale tactil-kinestezice în raport cu modificarea semnificaţiei lor pentru trebuinţele cotidiene ale nevăzătorilor, formându-se factori motivaţionali specifici.

F. <u>Sistemul de scriere Braille</u>

Louis Braille s-a născut în anul 1809 la Coupray, lângă Paris. La o vârstă fragedă suferă un accident în atelierul de pielărie al tatălui, pierzându-şi complet vederea. În anul 1819 este primit la şcoala de orbi din Paris şi în anul 1825, la vârsta de 16 ani, creează "alfabetul Braille", primul

sistem de scriere pentru orbi de utilizare şi aplicabilitate generale. După 4 ani, Braille a creat, pe baza principiilor sistemului său de scriere, şi o notaţie muzicală. În 1829 a publicat prima carte, utilizând alfabetul nou. Este o lucrare în care îşi expune principiile sistemului său grafic: "Nouveau procédé pour représenter par les points la forme meme des lettres" (Paris, 1829). În 1850, scrierea Braille a fost introdusă oficial în învăţământul tiflopedagogic din Franţa, răspândindu-se ulterior treptat în toată lumea.

Sistemul de scriere Braille, care va fi expus în cele ce urmează după Roth (1973, p.25-27), are următoarele caracteristici principale:

a) **Toate semnele şi literele se formează în combinaţii de puncte în cadrul unui grup de 6 puncte,** care se numeşte **"grup fundamental" sau "semn fundamental"** şi constituie " unitatea de măsură" pentru toate operaţiile în cadrul sistemului Braille.

Grupul fundamental

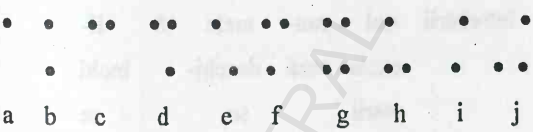
•1 •4
•2 •5
•3 •6

Acest câmp de 6 puncte permite 63 de combinaţii sau permutări de puncte, un număr suficient pentru a reda literele şi semnele oricărei limbi în mod clar şi diferenţiat. Combinaţiile de puncte care nu întrec numărul de şase potfi sesizate simultan cu ajutorul vârfurilor degetelor în actul citirii. Această lege, devine un principiu al scrierii Braille-mai întâi pe baza unor observaţii empirice, iar ulterior prin verificări efectuate experimental în laboratoarele de psihologie. Astfel, s-a constata că un stimul complex tactil

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

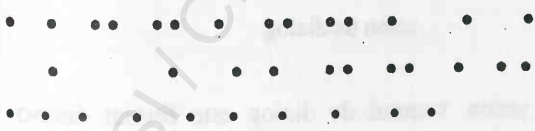
care cuprinde mai multe elemente decât şase prezintă deosebite dificultăţi pentru operaţia de analiză şi sinteză şi nu mai poate fi perceput decât succesiv, prin numărare. Braille, care n-a avut o pregătire psihologică, dar a dispus însă de o experienţă bogată de "cititor tactil", a sesizat această legitate şi a pus-o la temelia sistemului său de scriere.

b) <u>O altă caracteristică a sistemului de scriere Braille</u> rezidă în faptul că toate combinaţiile de puncte din care rezultă literele şi semnele nu se fac la întâmplare, ci se stabilesc după o anumită regulă, şi anume după <u>principiul decadelor,</u> un principiu matematic care conferă acestui sistem un caracter logic şi închegat. Astfel, primele 10 semne, ("prima decadă") se formează în porţiunea de sus a grupului funadamental, fiind constituite din punctele 1, 2, 4, şi 5:



a b c d e f g h i j

Dacă se adaugă la semnele primei decade punctul 3, se obţin semnele celei de-a doua decade:



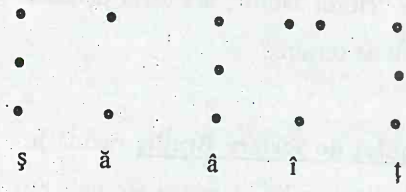
k l m n o p q r s t

Prin adăugarea punctului 6 la semnele decadei a doua, obţinem ultimele litere:

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

u v x y z

Semnele caracteristice limbii române sunt:



ş ă â î ţ

Principalele semne de punctuaţie se formează după aceeaşi regulă, fiind identice cu semnele primei decade, coborâte de la nivelul punctelor 1, 2, 4, 5 la nivelul punctelor 2, 3, 5, 6:

virgulă | punct şi virgulă | două puncte | punct | semnul întrebării | semnul exclamării | paranteză | ghilimele deschise | steluţă | ghilimele închise

În afară de semnele de punctuaţie formate din decada întâi, se mai utilizează:

apostrof | linioară | semn de dialog

După cum se poate vedea, semnul de dialog este format dintr-o combinaţie de puncte pentru care sunt necesare două grupuri fundamentale. De altfel, este singurul semn, din cadrul semnelor de bază, pentru care este nevoi de două grupuri fundamentale.

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

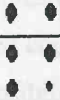
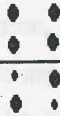
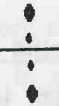
c) <u>Ca o altă caracteristică a sistemului de scriere Braille poate fi considerată utilizarea "semnelor premergătoare"</u>. Există o serie de semne speciale care nu se întâlnesc în scrierile obişnuite şi care-aşezate înaintea altor semne-modifică valoarea acestora, acordându-le altă semnificaţie. În felul acesta sporesc foarte mult posibilităţile, relativ reduse, ale combinaţiilor în cadrul grupului fundamental. Astfel de semne speciale premergătoare sunt, de exemplu; semnul de majusculă, semnul de cifră ş.a. Dacă o literă Braille este precedată de semnul de majusculă (punctul 4 şi 6) se transformă în literă mare. Semnul de cifră (punctul 3, 4, 5, 6) transformă semnele primei decade în cifre.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CIFRELE SI SEMNELE MATEMATICE

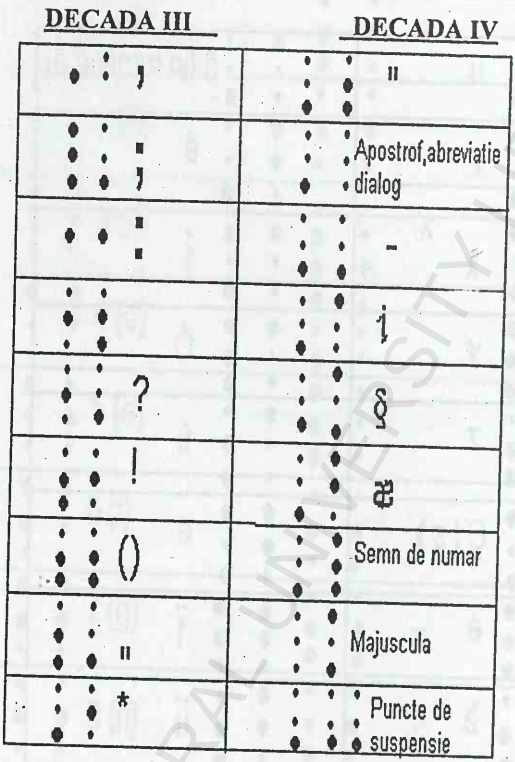
1 (a)	+
2 (b)	-
3 (c)	X
4 (d)	:
5 (e)	::
6 (f)	/
7 (g)	=
8 (h)	>
9 (i)	<
0 (j)	√

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

DECADA I	DECADA II
u	â (in românã ã)
v	ê
x	î
y	Ô
z	û
 Ç (ş)	ë
é	ï
à	ü
 è	sc,oe(in rom. ţ)
ù	 w

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Semne de punctuatie



d) **În sfârşit, trebuie amintită o altă caracteristică a sistemului Braille, şi anume universalitatea lui.** Universalitatea scrierii Braille prezintă de fapt mai multe aspecte: pe de o parte, trebuie să înţelegem prin această caracteristică faptul că scrierea Braille nu este un simplu alfabet, ci un sistem de scriere şi notaţie care cuprinde alfabetul, semnele de punctuaţie, un sistem de abreviaţie şi stenografie, scriere matematică, notaţie muzicală etc. Pe de altă parte, spre deosebire de scrierile anterioare lui Braille, acest sistem se pretează atât pentru citit şi scris, cât şi pentru a fi tipărit. Prin caracterul universal al sistemului Braille înţelegem, de

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

asemenea, răspândirea lui internațională, și, dacă ținem seama nu de numărul persoanelor care scriu și citesc în Braille, ci de întinderea teritoriului pe care acest sistem de scriere este răspândit, atunci se poate afirma că alfabetul Braille este cel mai răspândit sistem de scriere din lume.

G. Recuperarea deficientei de vedere

În recuperarea persoanelor cu ambliopie se actioneaza, in primul rand, asupra ocrotirii vederii restante, prin limitarea activitatii vizuale si evitarea conditiilor de lucru care ar putea dauna. Conservarea vederii presupune utilizarea ei in conditii optime si de aceea un obiectiv important in recuperarea copiilor cu ambliopie este acela de a-l invata pe elev sa-si foloseasca posibilitatile vizuale si de a-i dezvolta capacitatea de a percepe activ si sistematic.

Consecintele secundare pe plan afectiv, relational si atitudinal impun ca obiectiv de maxima importanta cultivarea increderii copilului slab dezvoltat in sine, in posibilitatea de a invata, de a-si cuceri un loc in viata, dar nivelul de aspiratii trebuie sa fie pe masura fortelor sale; ca obiectiv se va urmari inlaturarea starilor inhibitorii si a sentimentului de inferioritate provocate de insuccese, increderea in sine fiind conditionata de buna integrare in colectivul de copii, de stimularea unor motivatii de valoare sociala.

Nu este posibila o restabilire functionala a modificarilor organice in acest caz si se actioneaza deci asupra ameliorarii segmentului cortical al analizatorului, care nu este modificat sub aspect organic; ameliorarea se va face prin dezvoltarea functiilor vizuale superioare, prin sporirea atentiei vizuale, a memoriei vizuale, a rolului gandirii, al imaginatiei etc.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În scolile pentru ambliopi se actioneaza in vederea perfectionarii functiei vizuale, realizata printr-o antrenare progresiva, gradata.

Recuperarea se individualizeaza in functie de caz pentru a stabili un echilibru rational al mecanismelor compensatorii, facand ca anumite mecanisme sa devina dominante si franand actiunea altora inutile sau daunatoare.

Procesul de invatamant completeaza si precizeaza pentru elevul ambliop multe aspecte ale realitatii inconjuratoare la care vederea slaba nu i-a permis sa ajunga singur; ii dezvaluie aspecte ale vietii sociale, ale activitatii umane prin care ii contureaza si orizonturile realizarii lui viitoare. Se formeaza astfel deprinderile de munca intelectuala, dar se urmareste si incitarea curiozitatii intelectuale, descoperiri tacute prin forte proprii, increderea in sine de a efectua) activitati care i se pareau imposibile.

Lipsa unei experiente vizuale, a unui bagaj informational care sa ajute perceptia vizuala, lipsa deprinderilor de investigare, graba si neatentia, lipsa diferentierilor vizuale, capacitatea mica a interpretarilor, obisnuinta perceperii prin alte modalitati senzoriale, neincrederea in propriile posibilitati vizuale sunt explicatii ale unei eficiente vizuale mici mai mult decat impune leziunea oculara; un antrenament rational al functiei vizuale ar putea inlatura, in parte, aceste piedici. Daca ambliopii ar fi instruiti la fel ca si orbii, inseamna ca vederea neexercitata nu s-ar pastra, ci ar scadea. J. Jones lansa ideea conform careia "rareori utilizarea vederii este daunatoare" ci, dimpotriva, utilizarea vederii sporeste eficienta vizuala, iar inactivitatea diminueaza capacitatea vizuala. Utilizarea vederii este benefica, dar nu trebuie sa se ajunga la excese; de aceea, Pierre Oleron scria ca "principiul calauzitor in educatie este a nu

intreprinde nimic care sa produca vreo oboseala", dar el mai adauga: "cu un copil ale carui posibilitati de vedere sunt stabilizate, atitudinea de conservare a acestora ca pe un bun inutil nu se justifica deloc. Cu conditia examinarilor periodice ale medicului oftalmolog, examinari care vor depista eventualele deteriorari, utilizarea acestor posibilitati este, din contra, prima grija a profesorului". Deci, se afirma necesitatea ca posibilitatile vizuale sa fie mobilizate pentru a le mentine si a le dezvolta. Trebuie sa se asigure o educatie vizuala sistematica pentru a asigura caracterul progresiv al exercitarii vederii, sa se inlature obstacolele de care copilul nu este constient, sa se previna supraŹsolicitarea, dar si supraprotectia vizuala, sa se impiedice si sa se inlature inhibarea activitatii vizuale spre care sunt predispusi unii copii ambliopi. Recuperarea nu se poate desavarsi numai prin exercitarea ei in procesul de invatamant, ci ea trebuie facuta permanent in functie de gradul de handicap al fiecarui copil; deci, educatia trebuie facuta individual. Functia vizuala se dezvolta ontogenetic, pe baza posibilitatilor specifice organismului uman si a activitatii copilului, care ofera fotostimularile necesare acestei dezvoltari, impreuna cu celelalte modalitati senzoriale. Copilul invata treptat sa vada, perfectionandu-si treptat vederea, acumuland un urias fond de reflexe conditionate pe fondul celor neconditionate existente; are loc o diferentiere cat mai fina a excitantilor, vederea capatand rol conducator in recunoasterea formelor, marimilor, in aprecierea distantelor.

Procesul se continua si in scoala, existand numeroase studii psihologice care au aratat cresterea unor indici ai vederii prin realizarea de exercitii gradate, in conditiile vederii normale.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

In recuperarea nevazatorilor trebuie sa se urmareasca: formarea si dezvoltarea deprinderilor de a se autoingriji, de a percepe mediul ambiant, de a se orienta in spatiu si timp (prin stimularea si dezvoltarea simturilor existente - auz, tact, miros si prin folosirea de repere si mijloace auxiliare - ex. numar de pasi, vibratii, ritm biologic, baston etc), invatarea scris-citutului specific (alfabet Braille), abilitarea deficienilor de vedere de a putea realiza o meserie adecvata handicapului existent, in vederea integrarii lor sociale.

Rezumat

Deficienta de vedere este o deficienta de tip senzorial si consta in diminuarea in grade diferite (pana la pierderea totala) a acuitatii vizuale. Handicap vizual inseamna, asadar, scaderea acuitatii vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vietii intrauterine pana la moarte. Handicapul vizual apare, asadar, din cauza insuficientei functionari (sau chiar a eliminarii) a analizatorului vizual. Deficienta de vedere se poate clasifica in functie de mai multe criterii: gradul (gravitatea) defectului vizual (deficienta vizuala prezinta de la pierderea totala a capacitatii vizuale si pana la ambliopie diferite grade, astfel incat intre cecitatea absoluta si ambliopie mai exista - dupa un termen introdus de Truc - si o "cecitate relativa"; cecitatea - orbirea reprezinta asadar un handicap major sau total de vedere, presupunand lipsa completa a vazului), momentul instalarii defectului vizual (deosebim astfel defecte congenitale, defecte survenite in copilaria timpurie, la varsta antescolara, prescolara, scolara si defecte tardive). Orbii congenitali sunt complet lipsiti de reprezentari vizuale, iar la orbii cu defect vizual survenit -tinandu-se cont de timpul care a trecut de la aparitia defectului pana la varsta actuala - se pastreaza o serie de imagini vizuale care pot avea o influenta insemnata

asupra particularitatilor psihologice individuale. Exista si doua tipuri speciale de cecitate: cecitatea isterica si agnozia vizuala. In cazul cecitatii isterice, din punct de vedere fiziologic si anatomic, analizatorul vizual nu prezinta nici o disfunctie, dar din punct de vedere psihic subiectul refuza inconstient sa vada (de ex. un traumatism/soc emotional in care informatia vizuala a jucat un rol major-subiectul si-a vazut sotia in flacari in propria casa arzand, fara a o putea salva). Agnozia vizuala este fenomenul aflat la polul opus, din punct de vedere fiziologic si anatomic analizatorul vizual fiind evident afectat, insa subiectul vrea/crede ca vede. Exista si criteriul etiologiei cecitatii si ambliopiei, in functie de care deosebim atatea categorii de deficienti vizual cate cauze pot provoca defecte vizuale. Cauzele cecitatii si ale ambliopiei nu pot fi studiate separat, aceleasi afectiuni oculare putand provoca leziuni si modificari de diferite grade ale analizatorului vizual. Nu se poate vorbi in general despre cauzele deficientelor vizuale, in aceasta privinta existand diferente destul de pronuntate de la o epoca la alta, de la o regiune geografica a lumii la alta. in plus se poate discuta despre cauzele cecitatii si ale ambliopiei si in functie de perioada de varsta in care se manifesta cu preponderenta (cauze ale cecitatii congenitale dobandite in copilarie, tardiv sau numai la batranete). Cele mai importante cauze sunt: afectiunile analizatorului vizual, afectiuni organice generale care pot determina deficienta vizuala, traumatismele oculare etc.

In ce priveste particularitatile deficientului vizual se constata o schimbare a expresiei fetei, care' se datoreaza lipsei functiei expresive a ochilor, o dezvoltare fizica intarziata (W. Dabe vorbind despre o ramanere in urma in medie de 2 ani), atitudini deficiente globale (mai frecvente sunt:

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

atitudini globale rigide, atitudini cifotice si musculatura insuficient dezvoltata).

Din cauza activitatii motrice reduse si a deficientelor in dezvoltarea somatica, apar si tulburari la nivelul sistemelor circulator si respirator, respiratia fiind superficiala, lipsita de amplitudine. Un aspect special al acestor particularitati il constituie manierismele, ticurile sau manifestarile motrice negative. Literatura de specialitate descrie o serie de manierisme specifice deficientilor vizual, denumite de literatura anglo-saxona: blindisme. O alta particularitate a psihomotricitatii nevazatorului consta in faptul ca schema corporala se realizeaza mai tarziu si mai greoi decat la copilul vazator.

În recuperarea persoanelor cu ambliopie se actioneaza, in primul rand, asupra ocrotirii vederii restante, prin limitarea activitatii vizuale si evitarea conditiilor de lucru care ar putea dauna. Conservarea vederii presupune utilizarea ei in conditii optime si de aceea un obiectiv important in recuperarea copiilor cu ambliopie este acela de a-1 invata pe elev sa-si foloseasca posibilitatile vizuale si de a-i dezvolta capacitatea de a percepe activ si sistematic. Recuperarea se individualizeaza in functie de caz pentru a stabili un echilibru rational al mecanismelor compensatorii, facand ca anumite mecanisme sa devina dominante si franand actiunea altora inutile sau daunatoare. Recuperarea nu se poate desavarsi numai prin exercitarea ei in procesul de invatamant, ci ea trebuie facuta permanent in functie de gradul de handicap al fiecarui copil. Deci, educatia trebuie facuta individual.

BCU IAȘI - CENTRALA UNIVERSITARĂ LIBRARY

Particularitati ale explorarii vizuale in cazuri patologice (boli neurologice, boli psihice, deficiente mintale)

In multe cazuri de agnozii exista tulburari de comportament oculomotor. **Agnozia** este incapacitatea individului de a recunoaste obiecte uzuale, in pofida pastrarii intacte a organelor de simt si a unei inteligente normale. A. R. Luria, L. A. larbus (anii '60) au aratat ca in agnozia vizuala se intalnesc tulburari ale oculomotricitatii, miscarile oculare voluntare fiind modificate fata de normal atunci cand bolnavul incearca sa recunoasca un obiect cu privirea. Miscarile oculare in acest caz sunt haotice, extrem de numeroase, neeconomice, cu multe zone de fixare a privirii care se suprapun. In **alexia agnozica sau in agnozia de simultaneitate** exista tulburari ale oculomotricitatii, cand, desi elementele componente ale unui obiect perceput sunt recunoscute separat, in sine, ele nu pot fi grupate de catre individ intr-un tot, in imaginea unitara a obiectului respectiv. Un caz particular in care perturbarea oculomotrica intervine in prim plan este **sindromul Balint - 1909 (paralizia psihica a privirii)**, caracterizat prin imposibilitatea bolnavului de a percepe stimulii vizuali periferici, reflexul de fixare a privirii fiind perturbat (bolnavul neputand sa-si desprinda privirea de la un obiect la care s-a fixat). Paraliziile cerebrale sunt insotite frecvent de tulburari ale mersului, ale organizarii oculomotricitatii. In domeniul psihiatriei s-a incercat relevarea particularitatilor explorarii vizuale in cazul bolnavilor psihici. in urma unor cercetari (S. Tasiak, W. Thomas - 1970) s-a constatat ca cei cu boli psihice evita sa exploreze vizual fotografiile de oameni, indeosebi fata acestora, fiind mai interesati de explorarea vizuala a pozelor cu animale, cu obiecte etc. Sunt studii (R. Osaka, J.R. Davies) care arata ca si in cazul deficientilor mintal apar tulburari ale miscarilor oculare, precizia si eficacitatea miscarilor de

urmarire vizuala si a miscarilor sacadate exploratorii tind sa creasca o data cu varsta mintala a individului deficient si nu cu varsta sa cronologica.

Întrebări recapitulative

1. Caracterizati prin comparatie ambliopia si cecitatea.

2. Particularitatile psihice ale deficientului de vedere.

3. Cum s-ar putea realiza un demers recuperator in cazul unui orb congenital?

BIBLIOGRAFIE

1. Damaschin,D.,(1973) Defectologia. Teoria si practica compensatiei. Nevazatori, ambliopi, orbi-surdomuti, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

2. Damaschin,D.,(1965) .Mijloace tehnice modeme de compensare a deficientelor senzoriale. Analele Universitatii Bucuresti.

3. Larousse,(1998), Dictionar de psihiatrie si psihopatologie clinica, Ed. Univers Enciclopedic, Bucuresti.

4. Muşu,I.,Taflan,A.,(1997)., Terapie educationala integrata, Ed. ProHumanitate, Sibiu.

5. Neveanu-Popescu,P.,(1978), Dictionar de psihologie, Ed. Albatros, Bucuresti.

6. Păunescu,C.,(1983), Copilul deficient. Cunoasterea si educarea lui, Ed. Stiintifica si Enciclopedica, Bucuresti.

7. Preda,V.,(1988), Explorarea vizuala - Cercetari fundamentale si aplicative, Ed. Stiintifica si Enciclopedica, Bucuresti.

8. Rozorea,A.,(1998), Deficienta de vedere - o perspectiva psihosociala si psihoterapeutica, Ed. ProHumanitate.

9. Sima,I.,(1998) Psihopedagogie speciala - studii si cercetari, voi. I, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

EDUCATIONAL CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

10. Străchinaru,I.,(1994), Psihopedagogie speciala, voi. I, Ed. Trinitas, Iasi.

11. Schiopu,U.,(1997) Dictionar de psihologie, Ed. Babei, Bucuresti.

12. Stefan,M.,(1981), Educarea copiilor cu vedere slaba. Ambliopi, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

13. Verza,E., (1998), Psihopedagogie speciala, manual pentru clasa a XIII-a, scoli normale, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

14. Verza,E., (1988), Probleme de defectologie, voi.8 , Ed. Universitatii Bucuresti.

15. Verza,E., (1987), Metodologii contemporane in domeniul defectologiei si logopediei, Ed. Universitatii Bucuresti.

16. Vrăşmaş,T.,Daunt,P.,Muşu,I.,(1996) Integrarea in comunitate a copiilor cu cerinte educative speciale, Ed. Meridiane, Bucuresti.

17. Weihs.,Th.,(1992) Sa-i ajutam, iubindu-i, Ed. Humanitas, Bucuresti.

3.4. Problematica psihopedagogiei deficienţilor de motricitate şi psihomotricitate (somatopedia)

Handicapurile fizice sunt abateri de la normalitate prin dereglări morfo-funcţionale care duc la instalarea unor dezechilibre şi evoluţii defectuoase. În lipsa altor anomalii, handicapaţii fizic sunt normali din punct de vedere al capacităţilor intelectuale, dar prin situaţia lor de excepţie, personalitatea lor poate deveni fragilă, cu pronunţate note de frustraţie şi anxietate, cu conflicte şi tensiuni interioare, cu susceptibilităţi şi sensibilizări excesive, ceea ce îngreuează adaptarea şi relaţionarea cu cei din jur şi integrarea în viaţa socio-profesională. Handicapurile fizice se

constituie ca invalidităţi corporale ce slăbesc puterea şi mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sa[illegible]nterioare, localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente ale sale. Aşadar, somatopedia este o ramură a psihopedagogiei speciale care se ocupă, pe de o parte, de infirmi motori sau locomotori, iar pe de altă parte, de persoanele care suferă permanent de anumite boli ale aparatului respirator, cardiovascular, digestiv, excretor etc., toate având influenţe mai mult sau mai puţin grave asupra capacităţilor fizice sau psihomotrice. Această categorie de deficienţi nu întotdeauna a făcut obiectul învăţământului special, având în vedere faptul că, în afara unor deficienţe cumulate, capacităţile inelectuale nu sunt afectate şi, în consecinţă, elevii pot urma cursurile şcolii de masă, liceale şi universitare fără nici un fel de restricţie.Handicapaţii fizic devin obiect al învăţământului special numai în măsura în care personalitatea lor este marcată de nuanţe conflictogene derivate din starea de frustraţie, de eventualele tensiuni interioare, care-i duc la stări agravate în adaptarea/readaptarea şcolară şi/sau profesională. Diagnosticarea şi clasificarea deficienţelor fizice fac obiectul medicinei, învăţământul special ocupându-se de această categorie numai în măsura în care sunt şi alte deficienţe, datorită cărora instruirea / educarea / adaptarea / recuperarea nu s-ar putea face în învăţământul de masă.

În consecinţă, necesitatea unui program diferenţiat, care să conţină, în egală măsură, demersuri medicale, psihopedagogice şi sociale, devine oportună numai în cazul în care handicapul îi împiedică să intre într-o competiţie obişnuită cu semenii lor normali.

3.4.1. Etiologia deficienţelor fizice

Cauzele handicapurilor fizice sunt variate şi pot afecta organismul în grade variate. Cauzele pot fi :

- interne (determinate de procesele de creştere şi dezvoltare,de natura funcţiunilor somatice, organice şi psihice) şi externe (sunt raportate la condiţiile de mediu şi viaţă);

- cu acţiune directă (care interesează elementele proprii ale deficienţei) sau indirectă (care produc o afecţiune ori o deficienţă morfologică sau funcţională; ele pot să afecteze întregul organism şi să producă deficienţe globale sau totale ori să se limiteze la anumite regiuni, segmente sau porţiuni ale corpului şi să determine deficienţe segmentare sau locale);

- cauze predispozante/favorizante (care sunt în legătură cu ereditatea):

- descendenţii prezintă asemănări morfologice şi funcţionale cu ascendenţii şi colateralii - fraţi/surori/rude apropiate ;

- influenţele nocive pe care le suferă organismul fătului în viaţa intrauterină;

- debilitatea congenitală şi imaturitatea;

- naşterea prematură şi accidentele obstetricale;

- condiţii inadecvate de igienă şi viaţă (lipsa de organizare a activităţii şi repaosului, regimul alimentar necorespunzător, îmbrăcămintea incomodă);

- lipsa unei educaţii raţionale (regim defectuos de viaţă, lipsa de supraveghere din partea părinţilor);

- bolile cronice, convalescenţele lungi, intervenţii chirurgicale dificile, anomalii senzoriale, tulburări psihice cronice;

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- malformaţiile şi deformaţiile congenitale provocate de unele infecţii cu caracter cronic (sifilis, tuberculoză etc), intoxicaţii lente (alcoolism, medicamente, săruri radioactive), tulburări endocrine şi neuropsihice eforturile excesive ale mamei în timpul naşterii;

- cauze cu acţiune defavorabilă asupra dezvoltării organismului în perioada copilăriei (boli şi accidente, traumatisme fizice şi psihice);

- afecţiuni neuro-musculare determinate de poliomielite, encefalite, meningite;

- tulburări de metabolism şi cauze hormonale, apofizitele, epifizitele, miopatiile, atrofiile musculare progresive ataxiile etc.

3.4.2. Clasificarea deficienţelor fizice

În literatura de specialitate sunt realizate mai multe feluri de clasificări. Din punct de vedere psihopedagogic, în primul rând, ne interesează întinderea şi profunzimea afecţiunii. Astfel, având în vedere această viziune, handicapurile fizice se împart în:

- globale (generale sau de ansamblu);
- parţiale (regionale sau locale).

În categoria *deficienţelor morfologice globale* includem următoarele caracteristici specifice:

- de creştere (reprezentate de hiposomie şi nanosomie – statură foarte mică), hipersomie şi gigantism (statură foarte înaltă sau exagerată) , dizarmonii (când subiecţii sunt înalţi şi subţiri sau scunzi şi graşi, disproporţionalităţi între cap şi trunchi sau între dimensiunile de lungime-înălţime şi volum etc.);

- de nutriţie – obezitatea (ţesut adipos abundent sau exagerat), debilitatea fizică (dezvoltarea sub normal şi dezechilibru nutritiv);

- de atitudine – determinate de insuficiența aparatului de susținere: atitudine global insuficientă – rigiditate (tonus muscular exagerat), atitudine global asimetrică (poziția asimetrică a scheletului osos și a articulațiilor);

- tegumente – fiind palide, vinețiii, uscate sau umede, cu pete, cicatrici sau exeme, hipertricoză (abundență a părului pe întregul corp) etc.;

- musculatura poate fi medie, redusă, foarte redusă; cu tonus normal, scăzut sau crescut;

- oasele subțiri sau groase, lungi sau scurte, cu schelete traumatice, rahitism, etc.;

- articulațiile pot fi deformate, cu mobilitate redusă sau mobilitate exagerată;

- de comportament: inhibat, apatic, astenic, instabil etc.

În categoria *deficiențelor morfologice parțiale* includem:

❖ **Deficiențe ale capului, feței și gâtului:**

- macrocefal (mai mare decât normal);
- microcefal (mai mic decât normal);
- branhicefal (fără proeminența occipitală), doliocefal (cu diametrul anteroposterior alungit și cu „șa" la mijloc);
- hidrocefal (cap exagerat de mare, cu o culoare specifică a pielii), cu asimetrii, cu înfundări ale fontanelelor, cu proeminențe ale foselor;
- fața ovală, alungită sau lățită; asimetrică cu malformații, cicatrici, pareze, cu afecțiuni ale ochilor (strabism, apropiați etc.), ale nasului sau ale urechilor, dinți vicios implantați, bolta palatină înfundată);

BCU ABA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- gâtul poate fi lung sau scurt, subțire sau g[illegible] cifotic.lordotic sau scoliotic,înclinat şi răsucit(torticolis), cu relief tiroidian accentuat sau asimetric.

❖ **Deficienţe ale trunchiului:**

- toracele poate fi lung sau scurt, îngust sau larg, bombat, plat, lărgit la bază sau la vârf, asimetric, cu stigmate rahitice, ştrangulat (supra- sau submamar), cu stern înfundat, în formă de pâlnie etc.;
- abdomenul poate fi proeminent, ştrangulat, cu hernii sau eventraţii, tonic sau moale, elastic, etc.;
- spatele poate fi plan, cifotic, lordotic, scoliotic, rotund, asimetric;
- coloana vertebrală -„stâlpul de susţinere" – poate suferi o serie de modificări prin accentuarea curburilor fiziologice-cifoze, lordoze, cifolordoze, deviaţii în plan frontal (scolioză etc.);
- bazinul se poate prezenta cu asimetrii, poate fi larg sau îngust, denivelat (căzut înainte şi în jos, înainte şi în sus, înapoi, înclinat lateral).

❖ **Deficienţe ale membrelor superioare:**

- în totalitate inegale (în lungime şi grosime), asimetrice, deviate (în plan frontal sau sagital), proiectate înainte sau rămase înapoi, în flexie sau în extensie, apropiate sau depărtate de corp etc.;
- umerii pot fi largi sau înguşti, căzuţi sau ţepoşi, aduşi sau abduşi, asimetrici;
- braţele (partea superioară, de la umăr la cot) sunt cele care determină deficienţele şi poziţiile deficitare ale membrelor superioare în întregime;
- coatele pot fi în flexie sau în extensie etc.;
- antebraţele pot fi inegale ca lungime sau grosime, curbate, asimetrice, cu sechele traumatice etc;

- degetele pot fi cu anomalii congenitale, cu deviații, retracții, în flexie;
- omoplații pot fi apropiați sau depărtați, coborâți sau ridicați, lipiți sau desprinși, basculați, asimetrici etc.

❖ **Deficiențe ale membrelor inferioare:**

- în totalitate (deficiențe și aspect dat de coapsă), pot fi inegale în lungime și grosime, cu înclinări și poziții diferite cu sechele de paralizii sau traumatisme;
- contracturi sau deficiențe morfologice;
- șolduri – cu relief accentuat (depuneri adipoase), asimetrice (luxații sau subluxații congenitale, semianchiloze sau anchiloze în poziții vicioase), malformații ale capului femural contracturi;
- genunchi în flexie sau în hiperextensie cu sechele traumatice sau paralitice,asimetrici;
- gambele recurbate, cu cicatrici posttraumatice sau sechele de paralizii, asimetrice, inegale(în lungime sau în grosime);
- gleznele și picioarele pot fi asimetrice, strâmbe, aduse sau abduse, scobite;
- degetele picioarelor în „ciocan" (în flexie cu sprijin pe unghii, halux-valgus, strâmbe, suprapuse, cu deformații etc.

Din categoria deficiențelor funcționale reținem:

❖ **Deficiențe ale aparatului neuromuscular**, care cuprind diferite forme și grade de paralizii (ca manifestare a unor sindroame piramidale, piramido-extrapiramidale etc.), mișcări atetozice, coreoatetozice, tulburări de mers, echilibru, coordonare, ritm, apucare etc.

BCU FSU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

❖ **Deficienţe şi tulburări ale aparatelor şi marilor funcţii:**

- deficienţe şi tulburări ale aparatului respirator (insuficienţe respiratorii, bronşite, bronşiectazie, congestie pulmonară, pneumonii, bronhopneumonii, enfizem pulmonar, astm bronşic, pneumocolioze, silicotuberculoză, pleurite, pleurezii, tuberculoză pulmonară, primoinfecţie tuberculoasă etc.);
- deficienţe şi tulburări ale aparatului cardiovascular (insuficienţe circulatorii), care se manifestă prin ceanoze, edeme, prin subdezvoltarea copiilor (care sunt mici şi slabi, lipsiţi de energie, nu se adaptează la eforturi fizice, obosesc repede etc.); afecţiuni ale endocardului – cardita acută reumatismală, endocarditele bacteriene, cardiopatiile valvulare cronice; afecţiunile miocardului – tulburările ritmului cardiac; afecţiunile pericardului – pericardita cronică constrictivă, pericardite neinflamatorii; afecţiunile arterelor coronariene – angină pectorală, infarctul miocardic, insuficienţa cardiacă; afecţiunile arterelor şi arteriolelor – arterite, ischemia, ateroscleroza, anevrismele; hipertensiunea arterială; hipotensiunea esenţială; colapsul, afecţiunile venelor etc
- deficienţe şi tulburări ale aparatului digestiv şi ale funcţiilor de nutriţie (abdomen proeminent, ptoza organelor interne, debilitatea fizică sau obezitatea etc.); esofagite, gastrite, boala ulceroasă, duodenita, enterie, colite etc.;
- bolile ficatului şi ale căilor biliare (sindromul icteric) sechele ale hepatitei epidemice, ciroze, chist hidatic al ficatului;
- afecţiuni ale pancreasului (pancreatita cronică);
- bolile aparatului urinar (bolile rinichilor – glomerulonefrita cronică, litiaza renală, uremia;

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

• boli reumatismale (poliartrita cronică evolutivă, spondilita anchilozantă, reumatismul cronic degenerativ, spondiloza, reumatismul articular);

• boli de nutriţie – diabetul zaharat, obezitatea, subnutriţia, guta;

• deficienţele sistemului endocrin se manifestă prin tulburări de creştere şi dezvoltare (nanism hipofizar, gigantism, obezitate cu insuficienta dezvoltare a glandelor şi organelor genitale etc.); îmbolnăvirea glandelor endocrine – tiroida, paratiroida, hipofiza, epifiza, glandele suprarenale, glandele sexuale, etc.: hipotiroidia, guşa endemică, hipertiroida (boala Basedow), acromegalia, caşexia hipofizară, diabetul insipid, afecţiuni endocrine ale testicolului sau ovarului etc.

• deficienţele organelor de simţ (deficienţe prin tulburări de vedere, de auz, care determină o serie de abateri de la normal în poziţia corpului, de tipul cifozelor, scoliozelor, cifoscoliozelor etc., cu toate asocierile şi manifestările ce le însoţesc).

Condiţionarea genetică a unor deficienţe neuromotorii

Au o determinare genetică mai ales *distrofiile musculare*, ce cuprind mai multe *sindroame* dintre care menţionăm:

-Distrofia musculară Duchenne- este transmisă prin mecanism – linkat recesiv. Boala este foarte gravă, afectând mai întâi mersul. Diagnosticul prenatal este posibil prin dozarea creatinkinazei în ser şi prin analiza genelor prin markeri.

-Distrofia miotonică- este transmisă prin mecanism autosomal dominant, având o frecvenţă de circa 1:20.000. Diagnosticul genetic este posibil prin examinarea bazată pe proceduri de marcare a genelor situate pe cromosomul 18

BCU IASI - CENTRUL UNIVERSITAR

3.4.3. Posibilităţi corectiv - recuperative şi problemele protezării

Handicapurile fizice necesită un tratament medicamentos de specialitate, dar care se asociază şi cu tratamente bazate pe cultura fizică medicală, al cărui scop este nu numai curativ, ci şi profilactic, urmărind creşterea şi dezvoltarea fizică armonioasă, călirea organismului, mărirea rezistenţei la oboseală, refacerea capacităţii de a învăţa şi a munci, reeducarea pentru viaţa activă şi productivă.

Modalităţile la care se face apel în corectarea deficienţelor fizice trebuie să ţină cont de principiile gradării şi dozării efortului, a spiralei de la uşor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a cosolidării rezultatelor obţinute etc. În rândul acestor modalităţi cuprindem: gimnastica medicală, masajul, jocul, la care se adaugă factorii naturali (soarele, apa, aerul, clima) precum şi fizioterapia, igiena vieţii şi activităţii, alimentaţia raţională, evitarea suprasolicitărilor şi instalării oboselii. Anumite metode şi procedee de gimnastică medicală sunt adecvate funcţiilor diverselor aparate şi sisteme ale organismului,astfel:

- gimnastica aparatului locomotor (urmăreşte *creşterea* volumului şi forţei musculare prin exerciţii formate din mişcări executate împotriva forţei gravitaţiei şi mişcări cu aparate din ce în ce mai grele. *Rezistenţa* se dezvoltă prin mişcări de împingere. Se fac mişcări active şi pasive ale pacientului. *Elasticitatea* musculară se dobândeşte prin mişcări ample, mişcări pendulare, executate excentric şi în afara segmentului de contracţie);

- gimnastica articulară este o gimnastică analitică, adresându-se tuturor articulaţiilor cu tulburări în *mobilitate,* fie prin *exces* (articulaţii balante, hipermobilitate), fie prin *insuficienţă* (redoare, semianchiloză,

anchiloză). Prin gimnastica articulară *se reeducă funcțional articulațiile* mult timp imobilizate și se face reeducarea *coordonării* neuromusculare;

• gimnastica aparatului cardio-vascular constă în procedee care *antrenează* și *tonifică* aparatul cardio-vascular deficient. Excitarea elementelor aparatului cardio-vascular se face prin orice formă de mișcare, care prin modificările sanguine antrenează modificări generale și deci întregul aparat cardio-vascular, făcându-l mai apt nevoilor sale funcționale. Mai des sunt folosite mișcările pasive, contracțiile, relaxările musculare fără deplasarea segmentelor și unele procedee specifice și afecțiunile cardio-vasculare decompensate. Mișcările simple și analitice, precum și unele procedee specifice de gimnastică vasculară, sunt utilizate în insuficiențele cardiace compensate ;

• gimnastica respiratorie – *stimulează* și *antrenează* respirația prin mișcări active, pasive și cu rezistență, sau cu ajutorul unor procedee speciale de excitare a respirației, însoțite de manifestări fonetice sau muzicale, spirometrie, apnee voluntară etc.;

• alte forme de terapie pe baza gimnasticii medicale, în funcție de locul și scopul urmărit: gimnastica abdominală și a altor segmente ale corpului;

• se mai pot adăuga: cura de teren – mers liniștit ritmic-uniform pe poteci în diverse zone; exerciții de târâre - care pun în mișcare mușchii spatelui și mobilizarea coloanei vertebrale ; exerciții de echilibru; mecanoterapia – ansamblu complex și armonios de exerciții și de masaj, bazate pe folosirea unor aparate ingenios construite; terapia ocupațională sau ergoterapia; odihnă activă și în mod deosebit masajul și balneo-fizioterapia.

IMC (infirmitatea motorie cerebrală) – constituie „consecinţele esenţiale motorii ale unei atingeri a sistemului nervos central, lezare ce se produce în jurul perioadei de naştere şi care nu are caracter evolutiv" – aşa cum este definită de către O.M.S., încă din 1955. G. Tardieu, în încercarea de a preciza noţiunea de IMC, o diferenţiază de celelalte infirmităţi motrice (miopatie, poliomielită etc.), insistând asupra unor factori de diagnostic:

- infirmitatea trebuie să fie datorată unei leziuni cerebrale;
- infirmitatea motorie este aceea care trebuie să fie net predominantă; tulburările motorii constau mult mai puţin sau deloc într-o paralizie, adică copilul, nu este capabil de a efectua unele acte la fel ca alţi copii de aceeaşi vârstă , sau nu le execută cu aceeaşi siguranţă şi rapiditate ca aceştia;
- tulburările să nu fie evolutive (tumori cerebrale, maladii degenerative etc.). G. Tardieu insistă asupra faptului că IMC au o inteligenţă normală sau satisfăcătoare, debilii mintal fiind plasaţi printre encefalopaţi. Sub acest termen sunt grupate o mare varietate de tulburări motorii grave neereditare şi neevolutive care au comun faptul de a fi consecutive unei atingeri cerebrale pre- sau perinatale, ori survin în primii ani de viaţă, de origine variabilă şi care afectează în mod esenţial comenzile motrice corticale şi/sau subcorticale.

Urmările şi complicaţiile IMC sunt foarte diferite ca aspect, intensitate şi gravitate:

- deficienţele psihosenzoriale, care constau în tulburări vizuale, auditive, alterări ale sensibilităţii tactile şi care se manifestă prin rămânerea în urmă a subiectului;
- tulburări de vorbire, care pot cuprinde mai mult de jumătate din copiii cu IMC;

• dificultăţi psiho-motorii manifestate prin alterări ale reprezentării schemei corporale sau de conceptualizare a schemei motorii;

dificultăţi intelectuale a copiilor cu IMC (apx. 50% dintre aceştia au un QI de sub 70; 25% - QI între 70-90 iar la 25 % - QI peste 90);

• fragilitatea emotivă, fie că este o consecinţă a anxietăţii, fie a fragilităţii mintale, inerente oricărui encefalopat.

• sub aspect clinic, infirmităţile motorii cerebrale se împart în şase forme principale: spastică, atetozică, ataxică, rigidă, atonă şi forme mixte. Tehnicile şi metodologiile de lucru cu minorii cu infirmitate motorie cerebrală sunt diversificate, ajungându-se la o adevărată specializare pentru fiecare formă. Astfel, urmărindu-se depistarea unor modalităţi eficiente de însuşire a limbajului scris, s-a concluzionat că este foarte important ca în această activitate să se ţină seama de următorii factori :cunoaşterea cu precizie a diagnosticului clinic, stabilindu-se cu exactitate, sub aspectul motricităţii, cele trei grupe esenţiale corespunzătoare tulburărilor fiziopatologice:

- grupa spasticilor, caracterizaţi prin exagerarea refluxului de întindere în muşchi (sindromul piramidal);

- grupa dischineticilor, manifestată în forme variate ca: atetoza, distonia, rigiditatea, etc. (sindromul extrapiramidal);

- grupa ataxică cu tulburări ale coordonării şi posturii (sindromul cerebelos);

• precizia diagnosticului logopedic, mai ales pentru faptul că formele tulburărilor de vorbire sunt extrem de variate, pe un registru foarte întins, de la simple dislalii spre dizartrie sau chiar anartrie; totodată apar mari dificultăţi de ordinul dislexiei, disgrafiei ;

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- stabilirea pe cale obiectivă, prin examinări psihologice minuţioase şi repetate, a nivelului mintal, întrucât, de multe ori apar erori provocate de handicapul fizic mai mult decât de cel mintal, îndeosebi în executarea itemilor care implică motricitatea. În acest sens, strict necesară devine cunoaşterea particularităţilor psihologice legate de personalitatea fiecărui copil în parte;

- determinarea cu precizie a particularităţilor percepţiilor vizuale, auditive, tactil-chinestezice etc.;

- cunoaşterea nivelului orientării temporo-spaţiale;

- detectarea cunoaşterii schemei corporale-dominaţia şi lateralitatea;

- cunoaşterea relaţiilor copilului cu mediul înconjurător (relaţii cu anturajul din şcoală, familie, spital etc.);

- căutarea oricărui mijloc auxiliar compensator care facilitează însuşirea scrierii cu mâna, cu maşina sau scrierea cu piciorul atunci când mâna nu poate permite o coordonare cât de cât necesară actului însuşirii scrierii.

O serie întreagă de factori de terapie fizică, inclusiv cultura fizică medicală, îşi pot aduce contribuţia la restabilirea biofizică, prin mecanismele de compensare şi supracompensare. Acest mecanism explică pe baza interdependenţei dintre verbo-motricitate, motricitatea generală gestuală, cuvântsiol gândire etc. La handicapaţii de limbaj, de exemplu, dar mai cu seamă la cei cu tulburări dislexo – disgrafice, la care există o etiologie bazată pe insuficienţele sau infirmităţile motorii cerebrale, exerciţiile de dezvoltare a musculaturii degetelor şi ale mâinii trebuie extinse sau îmbinate cu exerciţiile fizice generale, care sunt necesare

pentru fortificarea generală a organismului şi pentru combaterea handicapurilor de motricitate.

Ludoterapia este o componentă esenţială în activitatea de învăţare şi la copilul cu IMC, deoarece jocul poate constitui o manifestare a forţelor în acţiune, cu condiţia ca adultul să îndrume desfăşurarea jocului în direcţia eficientizării acestuia.

Dezvoltarea limbajului, inclusiv a celui scris, deschide perspectivele IMC pentru abordarea proceselor psihice superioare (gândirea, imaginaţia, afectivitatea etc.), ceea ce prefigurează conturarea personalităţii acestor copii. Întreaga conduită psihofizică a acestor copii trebuie condusă cu pricepere, deoarece, imediat după naştere, aceştia trebuie să-şi suporte handicapul lor fizic şi cerebral.

BIBLIOGRAFIE

1. Damaschin, D. (1973), *Defectologie. Teoria şi practica compensaţiei,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.

2. Golu, M. (1983), *Percepţia în lumina metodologiei şi cercetărilor ştiinţifice contemporane,* Bucureşti, în „Psihoneurologie", Ed. Academiei R.S.R.

3. Ionescu, A., Moteţ, D . (1964), *Corectarea deficienţelor fizice la copiii de vârstă şcolară,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.

4. Oleron, P. (1970), *Educarea copiilor handicapaţi fizic*, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.

5. Popovici, D.,V.(1999), Elemente de psihopedagogia integrării, Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".

6. Purcia, S. (1998), *Elemente de psihopedagogia învăţării însuşirii scrierii,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică R.A.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

7. Purcia, D.,C. (2002), *Defectologie (Suport de curs),*Sibiu, Ed. „Alma Mater".

8. Rusu , C. (1997), *Deficienţă. Incapacitate. Handicap.* , Bucureşti, Editura, „Pro Humanitate".

9. Sima, M. (2005), *Conflict şi frustraţie la adolescenţii cu debilitate mintală, comparativ cu adolescenţii normali,* Sibiu, Ed. „Psihomedia".

10. Sima, I. (1998), *Psihopedagogie specială,* vol. I şi II, Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică R.A.

11.Sima,M.,(2006),Introducere în psihopedagogia specială, Sibiu, Ed. "Psihomedia"

12. *** Legea Invăţământului nr.84 / 1995.

13. *** *Gramatica limbii române, vol. I,*(1954),Editura Academiei R.P.R.

3.5. Problematica tulburărilor de limbaj

Concepte cheie

- **Tulburare de limbaj** = abaterea de la limbajul normal, standardizat, de la manifestarile verbale tipizate, unanim acceptate in limba uzuala, atat sub aspectul reproducerii, cat si al perceperii, incepand de la dereglarea componentelor cuvantului si pana la imposibilitatea totala de comunicare orala sau scrisa

- **Tulburare de pronuntie** = orice abatere de la normele prestabilite ale bazei de articulare.

- **Dislalia ("pelticia" in popor)** = cea mai frecventa dintre tulburarile de pronuntie si reprezinta 90% din totalul tulburarilor de limbaj.

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- **Rinolalia (in popor numita "fonjaiala ", adica vorbire pe nas)** = o forma a dislaliei, de aceea se mai numeste si dislalie "organica", constand in pronuntarea nazonata a sunetelor.

- **Dizartria** = o vorbire confuza, disritmica, disfonica, cu o pronuntata rezonanta nazala in care monotonia vorbirii se imbina cu pronuntarea neclara.

- **Balbaiala** - o tulburare a vorbirii ce se manifesta prin dezordini intermitente ale pronuntiei, repetari convulsive si blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificulatti in articularea unor cuvinte.

- **Logonevroza** = tulburare de ritm si fluenta a vorbirii si presupune, pe langa o repetare a sunetelor, silabelor si cuvintelor, batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii fata de vorbire, de mediul inconjurator si o prezenta a spasmelor, incordarii, a unei preocupari exagerate fata de propria vorbire. Caracteristica acestei tulburari este logofobia (teama crescuta de a vorbi, mai ales in public sau in conditii de stres emotional).

- **Tahilalia** = o vorbire exagerat de rapida si care apare frecvent la persoane cu instabilitate nervoasa, cu hiperexcitabilitate.

- **Bradilalia** = o vorbire rara, lenta, incetinita, cu exagerari maxime ale acestor caracteristici in oligofrenie.

- **Aftongia** = ia nastere atunci cand, in muschii limbii, se produce un spasm tonic, de lunga durata.

- **Tulburarile coreice** = presupun ticuri nervoase sau coreice ale muschilor fonoarticulatori, mimicii, care se manifesta concomitent cu producerea vorbirii.

- **Tulburarile vocii** = distorsiuni ale spectrului sonor ce se refera la: intensitatea, inaltimea, timbrul si rezonanta sunetelor. (C. Stanica, E.

BCU "SIGHETU MARMAȚIEI" UNIVERSITY LIBRARY

Vrasmas, 1997), cele mai frecvente fiind: vocea de cap, vocea oscilanta, vocea grava, vocea ragusita, afonia, fonastenia etc.

- **Tulburarile de limbaj scris-citit** = incapacitati paradoxale totale in invatarea si formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacitati partiale denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existentei unor factori psiho-pedagogici necorespunzatori sau neadecvati la structura psihica a individului, a insuficientelor in dezvoltarea psihica si a personalitatii, a modificarilor morfo-functionale de la nivelul sistemului nervos central, a deficientelor spatio-temporale si psihomotricitatii, a nedezvoltarii vorbirii, care se manifesta prin aparitia de confuzii frecvente intre grafemele si literele asemanatoare, inversiuni, adaugiri, substituiri de cuvinte, sintagme, defonnari de litere, neintelegerea completa a celor citite sau scrise, etc. (E. Verza, 1983, p.58). Tulburarile de scris-citit se pot clasifica in: partiale (disgrafia, dislexia) si totale (agrafia si alexia).

- **Alalia** = imposibilitatea de a vorbi din nastere, cu toate ca nu exista dificultati de ordin senzorial sau de intelect mari care sa impiedice insusirea limbajului de catre copil.

- **Afazia** = incapacitatea de a vorbi la o persoana care inainte avea comportament verbal normal.

Afazia, alterare patologica a limbajului, reprezinta o infirmitate consecutiva unor leziuni cerebrale, localizate in emisfera stanga la dreptaci, ea putand surveni la subiecti cu inteligenta normala si care nu prezinta tulburari de afectivitate sau deficiente ale functiilor perceptive si motorii. Nu este vorba despre o pierdere a vorbirii, ci despre o perturbare a capacitatii de utilizare a regulilor prin care se produc si se inteleg mesajele verbale. Exista doua forme fundamentale ale afaziei: afazia senzoriala

(receptiva) si afazia motorie (executiva). Afazia senzoriala este numita si imperceptie auditiva si reprezinta incapacitatea de a percepe cuvintele sau limbajul, auzul fiind intact. Afazia motorie presupune capacitatea individului de a auzi, percepe si intelege vorbirea, dublata de imposibilitatea lui de a pronunta cuvintele, desi nu exista perturbari motorii ale organelor vorbirii (ex. paralizie a musculaturii faciale, a laringelui, a corzilor vocale etc). Copilul afazic poate ajunge destul de rapid intr-o stare atat de intolerabila, incat sa dezvolte o reactie de panica similara celei autiste sau poate fi considerat de ceilalti ca fiind handicapat mintal, probabil din cauza agresivitatii si a negativismului lui comportamental. Odata ce depistam potentialul copilului afazic, se va putea face distinctia intre evitarea voita a comunicarii - in cazul autismului, incapacitatea de a comunica - in cazul afaziei si incapacitatea de a gandi a deficientului mintal. Comportamentul nelinistit, hiperactiv, distructiv uneori al afaziculuí poate frecvent sa determine o atitudine defensiva din partea celui care se ocupa de el, aceasta atitudine impiedicandu-l sa sesizeze inteligenta motorie manifestata chiar in actul distructiv realizat de afazic. Alti afazici (mai putini ca numar) se manifesta ca fiind partial retrasi, desi pot avea reactii bruste de a se repezi la cei din jur cu un tipat intens si ascutit. Luni de zile pot trece fara ca persoanele din jurul copiilor afazici sa sesizeze incercarea lor de a folosi singurul "cuvant" (ex. tipat) pe care l-au putut percepe si pe care se straduiesc sa-l reproduca, fara succes insa. Terapia in afazie presupune utilizarea de mijloace menite sa-l ajute pe afazic sa distinga armoniile superioare in cadrul aceluiasi sunet redat initial de vocea umana, apoi de mai multe instrumente muzicale. Urmatoarea etapa presupune introducerea de cuvinte prin rezonanta fonetica si invatarea citirii de pe buze (labiolectura). Aspectul fonetic al cuvintelor si

imaginile obiectelor pe care le reprezinta acestea, impreuna cu forma scrisa a cuvantului, sunt folosite chiar de la inceputul terapiei. Gesturile euritmice pentru fiecare consoana si vocala sunt un real suport pentru dezvoltarea perceperii sunetelor si a cuvintelor de catre afazic. Orice forma de reprezentatie teatrala, in care miscarea, gestica si mimica vin in sprijinul vorbirii, are un efect terapeutic benefic pentru afazici (mai ales pentru copii). Perioadele de terapie pot fi strabatute de stari de frustrare si de reactii de agresivitate din partea afazicului, intrucat tratamentul terapeutic instituit ii zdruncina adaptarea pe care o realizase pana atunci. Asadar, abordarea unui pacient afazic, mai ales copil, este extrem de dificila, ea necesitand tact, rabdare multa si o mare forta de empatie din partea celui care lucreaza cu acest pacient.

3.5.1. Definitia deficientelor de limbaj

Vorbirea este un mijloc de comunicare specific omului. Ea nu apare spontan la copii, ci constituie un lung si dificil proces de invatare, presupunand un efort indelungat din partea individului, in decursul dezvoltarii ontogenetice. Articularea sunetelor, respectarea formei gramaticale au devenit acte automatizate la adult. La copil, insa, pana la invatarea si formarea tuturor mecanismelor necesare vorbirii, pana la automatizarea acestui act complex, vorbirea este in permanenta supravegheata de constiinta.

Experienta de viata a copilului se dezvolta si se imbogateste pe baza comunicarii verbale cu adultii, ceea ce duce la perfectionarea comunicarii verbale si la insusirea unor modalitati de gandire si de activitate. Exista o insertie subtila a limbajului in personalitatea umana si in totalitatea comportamentelor dobandite ale copilului. O serie de caracteristici

diferentiale din conduita verbala a copiilor sunt determinate de dezvoltarea ontogenetica, a capacitatii de verbalizare, la care isi aduc o contributie insemnata procesul instructiv-educativ si experienta practica, in activitatea sa verbala, copilul face eforturi vizibile pentru a pronunta corect cuvintele, propozitiile, frazele. Modul in care copilul se realizeaza pe linia achizitiilor, in planul vorbirii si al dezvoltarii psihice, este influentat de o serie de factori, precum mediul de viata si de activitate al copilului, preocuparea adultilor pentru stimularea vorbirii sale, eficienta procesului instructiv-educativ, capacitatile intelectuale ale copilului, afectivitatea si personalitatea acestuia.

Este necesar, prin urmare, ca toate organele si aparatele vorbirii sa se dezvolte normal, pentru a determina o dezvoltare armonioasa a limbajului. Aceasta este o conditie necesara, dar nu si suficienta. Un element esential in dezvoltarea vorbirii este si cel educativ, respectiv influenta directa a mediului social. Atunci cand unele dintre aceste conditii lipsesc, se instaleaza tulburarile de limbaj.

În categoria tulburarilor de limbaj se cuprind toate deficientele de intelegere si exprimare orala, de scriere si citire, de mimica si articulare. Orice tulburare, indiferent de forma sa, care se rasfrange negativ asupra emisiei ori a perceptiei limbajului face parte din categoria tulburarilor de limbaj. Prin tulburare de limbaj intelegem toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestarile verbale tipizate, unanim acceptate in limba uzuala, atat sub aspectul reproducerii cat si al perceperii, incepand de la dereglarea componentelor cuvantului si pana la imposibilitatea totala de comunicare orala sau scrisa (M.Gutu,1975). Tulburarile de limbaj se diferentiaza de particularitatile vorbirii individuale; acestea din urma

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

reprezinta variatii in limitele normalului ale limbajului si prezinta anumite **caracteristici:**

a) **Neconcordanta dintre modul de vorbire si varsta vorbitorului**

-daca, pana la 4 ani, pronuntarea gresita a unor sunete constituie o manifestare in limitele fiziologice speciale ale normalului, care nu reclama exercitii logopedice speciale, dupa acea varsta deficientele delimbaj sunt de natura defectologica si necesita un tratament logopedic.

b) **Caracterul stationar al tulburarilor de limbaj**

- imperfectiunilecare apar in procesul evolutiei ontogenetice a limbajului si care in jurulvarstei de 4 ani se lichideaza de la sine in procesul normal de invatare a vorbirii de catre copii nu prezinta o semnificatie defectologica. Tulburari de limbaj pot fi considerate numai acele deficiente care se mentin dupa varsta de 4 ani si care prezinta tendinte de agravare in timp.

c) **Succesibilitatea marita la complicatii neuro-psihice**

- persoanele care prezinta tulburari de limbaj pot inregistra complicatii neuropsihice,tulburari de conduita si de personalitate. Aceasta pentru ca tulburarile delimbaj, incepand cu cele mai simple, influenteaza negativ intregul comportament uman, datorita, pe de o parte, posibilitatilor reduse de exprimare, iar pe de alta parte, existentei unei anumite temeri si retineri a handicapatilor de limbaj, care ii impiedica sa se desfasoare la nivelul posibilitatilor lor reale.

d) **Necesitatea aplicarii unui tratament logopedic**. In timp ce particularitatile individuale de limbaj dispar treptat, fara un tratament logopedic, tulburarile de limbaj nu dispar de la sine. De aceea, in functie de natura si specificul fiecarei tulburari de limbaj, sunt absolut necesare exercitii logopedice speciale, pentru prevenirea si corectarea acestora. Cu

cat tratamentul logopedic se desfasoara mai de timpuriu si in mediul natural de viata al copiilor, cu atat este mai eficient. Varsta de 4 ani este considerata, in general, ca fiind cea mai indicata pentru realizarea, tratamentului logopedic.

Proportia tulburarilor de vorbire scade o data cu varsta. Ele se corecteaza, in mare masura, sub influenta procesului de invatare. Totusi unele dintre ele persista, chiar si dupa mai multi ani de scolarizare. Gradu si caracterul tulburarilor de vorbire se rasfrang asupra activitatii comportamentului copilului. in felul acesta, insusirea cunostintelor es impiedicata, copilul devenind timid si izolat de viata colectiva a scolii de colectivitate in general. Depistarea si inlaturarea tulburarilor de vorbii la copii contribuie, astfel, la asigurarea bunei desfasurari a procesului invatamant.

Imposibilitatea de a comunica prin limbaj, dar si defectiunile vc birii pot produce o stagnare in dezvoltarea personalitatii copilului, pent ca modifica relatiile lui cu oamenii, il singularizeaza, il impiedica, in ma masura, sa participe la joc si la celelalte activitati comune celor mici.

3.5.2. Cauzele deficientelor de limbaj

Handicapurile de limbaj apar prin actiunea unor procese complexe in perioada intrauterina a dezvoltarii fatului, in timpul nasterii sau dupa nastere. Dintre cauzele care pot actiona in timpul sarcinii citam: diferitele intoxicatii si infectii, sarcina toxica, cu varsaturi si lesinuri dese, bolile infectioase ale gravidei, incompatibilitatea factorului Rh, carentele nutritive, traumele mecanice ale gravidei (cazaturi, lovituri in abdomen) care lezeaza fizic organismul fatului, traumele psihice suferite de gravida, incepand cu neacceptarea psihica a sarcinii si terminand cu trairea unor

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

stresuri, framantarile interioare, spaime care isi pun pecetea asupra dezvoltarii normale a fatului.

Din categoria cauzelor care actioneaza in timpul nasterii mentionam: nasterile grele si prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixierile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoartei cerebrale, hemoragiile prelungite din timpul sarcinii, alimentatia nepotrivita a mamei, consumul de alcool, infectii sifilitice, tuberculoza,gripa infectioasa, hepatitele epidemice.

Cauze care actioneaza dupa nastere (post-natale) si pot determina tulburari de limbaj sunt:

a) **cauze organice:**

- traume mecanice, care influenteaza negativ dezvoltarea SNC al copilului sau afecteaza auzul si organele lui fono-articulatorii (cu cat zona atinsa este mai mare, cu atat tulburarile sunt mai complexe, pentru ca sunt atinsi multi centri corticali, responsabili de diferite functii psihice);

- infectii si intoxicatii cu substante chimice medicamentoase, cu alcool, care pot afecta organic sau functional, mecanismele neuro-fiziologice ale limbajului;

- fragilitatea organismului copilului si a sistemului sau nervos face ca, in cazul lipsei de ingrijire si supraveghere, copilul sa fie supus unor accidente sau imbolnaviri, cu urmari negative pentru dezvoltarea vorbirii (cazaturi in cap, lovituri in zona frontala la tample etc). Exista o serie de infectii ca: tuberculoza, virusuri, diferiti microbi, imbolnaviri, care produc procese inflamatorii pe meninge (pielita care imbraca creierul), numite meningite;

- encefalitele acute sunt tot procese inflamatorii de origine microbiana sau virotica, localizate pe scoarta sau pe un alt sector din SNC,

care impiedica dezvoltarea normala a vorbirii copilului. Urmarile acestei boli, mai ales in cazul intarzierii tratamentului, se manifesta prin stagnarea de lunga durata in dezvoltarea psihica, in general, si in dezvoltarea vorbirii copilului, in particular;

- aproape toate bolile infectioase, contagioase sau virotice, aparute in primul an de viata sau in prima jumatate a celui de-al doilea an de viata, au repercusiuni asupra aparitiei si dezvoltarii vorbirii; in primii ani de viata, copilul este expus la mai multe imbolnaviri, bolile urechii (otitele), mastoiditele, netratate la timp si complet, pot duce la leziuni ale urechii medii si la diferite grade de pierdere a auzului copilului. O stagnare in dezvoltarea normala a vorbirii copilului poate determina: bronho-pneumonia, tuberculoza, scarlatina, rujeola, pojarul, nefrita, gripa infectioasa, specifice primei copilarii; ceea ce vatama enorm creierul copilului este temperatura ridicata, pe timp indelungat, a organismului.

b) **cauze functionale** - determina tulburari ale limbajului, care privesc, atat zona senzoriala (receptoare), cat si pe cea motorie (efectoare). Cauzele functionale pot afecta oricare dintre componentele pronuntiei: expiratie, fonatie, articulatie (ex. dereglari ale nutritiei, insuficiente ale auzului fonematic etc);

c) **cauze psiho-neurologice** - influenteaza mai ales pe acei subiecti care, congenital, au o constructie anatomo-fiziologica cu implicatii patologice. Asemenea cauze se intalnesc la subiecti cu handicap mintal, la alienatii mintal, la cei cu tulburari de memorie si de atentie, la cei cu tulburari ale reprezentarilor optice si acustice. Din aceasta categorie fac parte si subiectii care manifesta neincredere exagerata in posibilitatile proprii, timiditate excesiva, ca si supraaprecierea propriei persoane sau infatuarea ce marcheaza structurarea personalitatii si limbajului. O

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

modificare congenitala si a regiunii bucale, a aparatului fono-articulator, care impiedica pronuntia, necesitand o interventie chirurgicala este despicatura buzei si a cerului gurii, in asa fel incat cavitatea bucala este unita cu cea nazala. Sunetele pe care copilul le poate articula sunt alterate din cauza nazonatiei si a timbrului nazal al vorbirii, astfel ca vorbirea se dezvolta greu si intarzie. O alta malformatie congenitala, mai usoara decat prima, este despicatura buzei superioare, care lasa sa se vada dintii si gingia. Imaturitatea (copii nascuti inainte de termen sau nascuti la termen, dar sub greutatea normala - 2,5 kg.) poate fi o alta cauza a aparitiei tulburarilor de limbaj. La acesti copii se pot intalni: o evolutie normala a vorbirii, dar cu intarziere in aparitia ei, o intarziere in aparitia si dezvoltarea vorbirii, cu evolutie relativ normala a gandirii, intarziere marcanta in dezvoltarea gandirii si a vorbirii sau dezvoltarea deficitara a vorbirii numai pe linia articularii;

d) cauze psihosociale sunt:

- conditiile de mediu si de educatie (atmosfera placuta din familie, rezultata din bunele relatii existente intre parinti), necesare unei dezvoltari normale a vorbirii, sunt, de fapt, conditiile necesare dezvoltarii psihice generale a copilului. Atunci cand aceasta conditie nu exista, apar tulburari ale limbajului, ale vorbirii;

- certurile, neintelegerile dintre parinti exercita un rol inhibitor asupra dezvoltarii vorbirii copilului;

- vorbirea rastita, nervozitatea, lipsa de afectiune impiedica stabilirea unor relatii normale intre parinti si copil, iar acest lucru dauneaza dezvoltarii vorbirii copilului. Unii parinti (mai ales tatal), motivand lipsa de timp sau alte cauze, nu se apropie de copil foarte mult timp, nu ii

BCU "I. G. DUCA" UNIVERSITY LIBRARY

vorbeste, nu se joaca cu el. Alteori, copiii sunt lasati in grija unor persoane plictisite, obosite, care nu ii stimuleaza, nu ii solicita suficient verbal;

- alcatuirea familiei: daca numarul membrilor familiei este mare, uneori este bine, fratii mai mari si mai multi avand un rol foarte important in stimularea si invatarea vorbirii de catre copil. Dupa un an si jumatate, rolul sau in dezvoltarea vorbirii copilului creste si mai mult. Dar daca colectivul este prea numeros, uneori, parintii nu prea mai au timp sa se ocupe de copii, deci de dezvoltarea vorbirii lor;

- aplicarea unor metode gresite in educatie, slaba stimulare a vorbirii copilului in ontogeneza timpurie, incurajarea copilului mic in folosirea unei vorbiri incorecte, pentru amuzamentul adultilor, imitarea unor modele cu vorbire deficitara, in perioada constituirii limbajului, trairea unor stari conflictuale, stresante, suprasolicitarile, care duc la oboseala excesiva, bilingvismul timpuriu (fortarea copilului sa invete o limba straina, inainte de a-si forma deprinderile de a vorbi in limba materna) etc;

- regimul zilnic de viata al copilului in familie, nerespectarea orelor de alimentatie, a celor de somn, de veghe, care influenteaza direct intreaga activitate a SNC.

e) alte cauze posibile sunt:

- deficitul de ansamblu sau tulburarile de personalitate, care se rasfrang, in mod secundar, asupra limbajului: oligofrenia, autismul infantil etc;

- deficitul "instrumental", care afecteaza instrumentele de receptie si expresie ale vorbirii: deficitul auditiv, malformatiile organelor periferice afectate vorbirii, paralizia nervilor periferici sau a nucleilor lor de origine, infirmitatile motorii cerebrale (leziuni piramidale, extrapiramidale, cerebeloase);

EDU ASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- deficitul de limbaj si de vorbire propriu-zis, independent de instrumentul prin care se receptioneaza si se exprima vorbirea si independent de ansamblul persoanei, este o tulburare a limbajului, care duce la forme de retard sau de alterare a receptiei, cu ecou asupra intelectului, afectivitatii sau comportamentului.

3.5.3. Clasificarea deficientelor de limbaj

Clasificarea tulburarilor de limbaj este extrem de dificila si mult controversata in literatura de specialitate. Aceasta, deoarece, in primul rand, mecanismele anatomo-fiziologice care stau la baza formarii si dezvoltarii limbajului sunt foarte complexe si pot fi afectate in cele mai diferite componente. In al doilea rand, tulburarile de limbaj se pot cupla la aceeasi persoana. Se pot intalni impreuna, de pilda, tahilalia cu balbaiala, sau dislalia, balbaiala si disgrafia. La cele de mai sus se adauga lipsa unei terminologii unitare pentru denumirea tulburarilor de limbaj. Pentru buna colaborare dintre logopezi, cat si dintre acestia si alti specialisti (neurologi, pediatri, ORL-isti) este necesara elaborarea unei terminologii stiintifice unice.

Una dintre schemele posibile de clasificare a tulburarilor de limbaj, in functie de mai multe criterii, ii apartine lui M. Gutu (1975) si ia in considerare urmatoarele **criterii:**

- **criteriul anatomo-fiziologic:**
- tulburari ale analizatorului verbomotor, verboauditiv ;
- tulburari centrale sau periferice;
- tulburari organice sau functionale.
- **criteriul structurii lingvistice afectate:**
- tulburari de voce;

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- tulburari de ritm si fluenta;- tulburari ale structurii fonetico-fonematice;

- tulburari complexe lexico-gramaticale;

- tulburari ale limbajului scris.

- **criteriul periodizarii, in functie de aparitia tulburarilor de limbaj:**

- perioada preverbala (pana la doi ani);

- perioada de dezvoltare a vorbirii (2-6 ani);

- perioada verbala (peste 6 ani);

- **criteriul psihologic:**

- gradul de dezvoltare a functiei comunicative a limbajului;

- devieri de conduita si tulburari de personalitate.

O alta schema de clasificare este cea elaborata de **E. Verza (1982),** clasificare care tine seama de mai multe criterii in acelasi timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologie si psihologic:

1. **Tulburari ale pronuntiei**

- dislalie;

- rinolalie;

- dizartrie.

2. **Tulburari de ritm si fluenta a vorbirii**

- balbaiala;

- logonevroza;

- tahilalia;

- bradilalia;

- aftongia;

- tulburari pe baza de coree.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3. Tulburari de voce

- afonia;
- disfonia;
- fonastenia.

4. Tulburari ale limbajului citit-scris

- tulburari totale (agrafia si alexia);
- tulburari partiale (disgrafia si dislexia).

5. Tulburari polimorfe de limbaj

- afazia;
- alalia

6. Tulburari de dezvoltare a limbajului

- mutismul psihogen (care poate fi acut sau cronic, general sau electiv);
- retardul sau intarzierea in dezvoltarea generala a vorbirii.

7. Tulburari ale limbajului, bazate pe disjunctii psihice

- dislogii;
- ecolalii;
- jargonofazii;
- bradifazii

3.5.4. Caracterizarea deficientelor de limbaj

Deficientele (tulburarile) de pronuntie

Pronuntia, adica actiunea motrica de a exprima verbal sunetele limbii, poate fi socotita corecta atunci cand vorbitorul respecta baza de articulare a limbii in care se exprima. Orice abatere de la normele prestabilite ale bazei de articulare se situeaza in domeniul tulburarilor de

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

pronuntie.

I. DISLALIA (tulburări de pronunție, înlocuiri, omisiuni sunetelor)

Dislalia ("pelticia" in popor) este cea mai frecventa dintre tulburarile de pronuntie, reprezinta 90% din totalul tulburarilor de limbaj si este prezenta atat la oamenii normali, cat si la cei cu handicapuri (de intelect, senzoriale). Dislalia reprezinta abaterea de la pronuntia standard sau incapacitatea subiectului de a pronunta corect un sunet, o silaba sau un cuvant.

Se poate vorbi de dislalie:

- cand exista tulburari de articulare, pronuntie, manifestate prin omiterea, deformarea, substituirea, inlocuirea si inversarea sunetelor;
- cand se manifesta incapacitatea de a emite anumite foneme, care are loc permanent, in orice imprejurare, atat in vorbirea spontana, cat si in cea repetata, in cuvinte, silabe sau in incercarea de a emite izolat fonemul in cauza;
- cand exista incapacitatea totala sau partiala de articulare sau pronuntie, care afecteaza decodarea mesajelor verbale, ingreuneaza receptia si, prin aceasta, decodarea informatiei, deci, intregul lant al comunicarii fono-auditive interpersonale.

Fenomenul dislalie este diferit de la o tara la alta. Cand se pune diagnosticul de dislalie, este bine ca subiectul sa aiba peste trei ani si jumatate. Pana la aceasta varsta, avem de-a face cu o dislalie fiziologica. Vorbirea se corecteaza de obicei dupa aceasta varsta. Daca, dupa 3 ani si jumatate deficientele se mentin, la baza lor stau cauze nocive, care le pot

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

agrava si transforma in obisnuinte negative. Situatia este si mai grava in cazul unor structuri fragile ale SNC

Tulburarea unitatii dintre forma si continutul vorbirii constituie trasatura caracteristica a vorbirii dislalice. Tulburarile de vorbire caracteristice dislaliei, aparent asemanatoare sub aspectul exterior al simptomatologiei lor, prezinta, intre ele, la o analiza mai profunda a cauzelor determinante si a mecanismelor implicate, importante deosebiri calitative. Precizarea pe baza acestor deosebiri calitative a unor forme specifice de dislalie asigura cheia succesului in procesul psiho-pedagogic de corectare a dislaliei.

Diagnosticul simptomatologie al dislaliei trebuie sa fie completat pe baza de etiologie si de mecanisme implicate: leziuni ale sistemului nervos central, gradul leziunii si localizarea ei, leziuni ale organelor de articulatie, leziuni ale nervilor periferici, deficiente ale organelor de receptie auditiva, greseli si neglijente in educatia vorbirii copiilor.

Diagnosticul diferential al tulburarilor de articulatie se poate stabili numai tinand seama de toti acesti factori, ceea ce presupune o examinare complexa a dislalicilor, nu numai sub aspectul vorbirii, ci si al organelor de vorbire, al conditiilor de mediu social-educativ si al personalitatii dislalicului, pe baza carora se realizeaza selectionarea metodelor si a procedeelor diferentiate de tratament, specifice diferitelor forme de dislalie.

Cele mai utilizate criterii de clasificare a dislaliei sunt: cel simptomatologie si cel etiologic.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

A. Clasificarea simptomatologica a dislaliei

Dislalia prezinta variatii sub aspect simptomatologie si se grupeaza dupa urmatorii factori:

1) aspectul exterior, fonetic, al tulburarilor de articulatie a sunetelor. Prin aspectele exterioare, fonetice, tulburarile de articulatie ale sunetelor vorbirii prezinta o mare diversitate si se grupeaza in forme specifice:

- denaturarea sonoritatii sunetului intr-o asemenea masura, incat acesta nu mai corespunde cu structura articulatorie a sonoritatii sale normale;

- pronuntarea eliptica, in special a grupelor consonantice, prin omisiuni de sunete sau de silabe (de exemplu, "catana" in loc de "castana"), denumita moghilalie sau afonemie;

- inversarea locului sunetelor in silabe si in cuvinte (spre exemplu { "crapa" in loc de "capra"; "potogan" in loc de "topogan");

- substituirea, inlocuirea unui sunet din cuvant cu un alt sunet articulat corect, similar cu acesta sub aspect acustic sau articulator (de . exemplu "zoc" in loc de "joc", "loata" in loc de "roata") - tulburare denumita paralalie sau parafonemie;

- vorbirea nazala fonfaita denumita rinolalie.

Defectele de sonoritate a fonemelor se mai numesc si defecte antropofonice, iar cele de inlocuire a unui fonem cu altul, defecte fonologice.

2) Raportarea la fonemul denaturat, omis sau inlocuit. Prin raportare la fonemul denaturat, omis sau inlocuit, aceste tulburari de

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

articulatie primesc denumiri specifice, prin adaugarea I sufixului "ism" (-ismut), iar in cazurile de inlocuire, a prefixului "para-" la literele corespunzatoare alfabetului elin:

- rotacism, pentru denaturarea sau omiterea sunetului "r"
- pararotacism, pentru inlocuirea sa cu un alt sunet.
- lambdacism si paralambdacism, pentru sunetul "1"
- sigmatism si parasigmatism pentru sunetele siflante ("s", "s", "z", j "t", j",/'ci", "ce")

În functie de sunetele afectate, dislalia se poate clasifica in (dupa , E. Verza):

- betacism si parabetacism - afectarea sunetului "b"
- capacism si paracapacism - afectarea sunetului "c"
- deltacism si paradeltacism - afectarea sunetului "d" si "t"
- fitacism si parafitacism - afectarea sunetului "f
- gamacism si paragamacism - afectarea sunetului "g"
- mutacism si paramutacism - afectarea sunetului "m"
- rotacism si pararotacism - afectarea sunetului "r"
- sigmatism si parasigmatism - sunetele afectate sunt cele sigmatice s" s" z" t" i" ci" ce"

Sigmatismele sunt cele mai frecvente dislalii si la randul lor pot fi ' partiale si totale in functie de numarul sigmaticelor afectate:

- hapacism si parahapacism - sunetul afectat este "h"
- jotacism si parajotacism - afectarea fonemului „J"
- nutacism si paranutacism - afectarea fonemului "n"
- pitacism si parapitacism - afectarea fonemului "p"
- tetacism si paratetacism - afectarea fonemului "t".
- vitacism si paravitacism

- afectarea fonemului "v"

- zitacism si parazitacism - afectarea fonemului "z"

Afectarea vocalelor nu are o denumire speciala

3) **Gradul de extindere a tulburarilor de articulatie**. Prin gradul de extindere a tulburarilor de articulatie sau aspectul cantitativ) se diferentiaza forme diferite de dislalie:

- dislalie simpla sau partiala - o tulburare restransa, limitata adeseori la un singur sunet (ex.: lambdacismul caracterizat prin omisiunea sau distorsiunea sunetului "l");

- dislalie polifonematica - sunt tulburate mai multe sunete (ex.: sigmatismul caracterizat prin denaturarea siflantelor, suieratoarelor si africatelor);

- dislalia totala sau universala - constituita din pronuntarea defectuoasa a majoritatii sunetelor vorbirii, atat consoane cat si unele vocale.

Forma tipica de dislalie totala rezida in inlocuirea majoritatii consoanelor si a combinatiilor consonantice cu un singur sunet, mai frecvent cu consoana "t".

Dupa unii autori (E.Jurcau si N. Jurcau), dislalia universala atinge forma cea mai grava atunci cand majoritatea sunetelor sunt substituite cu sunetul "t". A. Fournie a denumit aceasta dislalie hotentotism, iar Hvattev tetism.

4) **Structura articulatiei deficitare**. Prin raportarea la structura articulatorie deficitara, dislalia este:

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- homorganica sau monomorfa - daca este limitata la o singura grupa de articulatie (de ex. numai labialele);

- polimorfa sau multipla - daca se extinde asupra unor grupe diferite de articulare (de ex. la sunetele prelinguale si la cele postlinguale). Dislalia multipla apare la denaturari ale sunetelor din doua regiuni diferite de articulatie si coarticulatie. in cazurile unor denaturari extinse la 3 regiuni de articulatie si de coarticulatie se pune diagnosticul de dislalie universala. Criteriul structurii de articulatie, desi constituie un indice pozitiv in aprecierea diferitelor forme de dislalie, trebuie sa fie completat in practica logopedica si prin cel al gradului de afectare a inteligibilitatii vorbirii. Sub acest aspect, unele forme de parasigmatism, prin faptul ca pot afecta toate sunetele siflante (ceea ce se rasfrange negativ asupra inteligibilitati vorbirii), trebuie sa fie considerate nu dislalii simple, ci multiple.

Clasificarea tulburarilor de articulatie pe baza criteriului simptomatologie este numai provizorie pentru ca simptomele sunt numai manifestari ale dislaliei. Se impune cu necesitate analiza tulburarilor dislaliei si pe baza criteriului etiologic.

B. Clasificarea etiologica a dislaliei

Criteriul etiologic scoate in evidenta cauzele care au generat dislalia. Ele pot fi de natura organica sau functionala, centrala sau periferica. Unii autori sunt de parere ca dislalia este cauzata nu numai de unele modificari anatomice ale aparatului articulator, ci si de multiplele tulburari de inervatie aferente si eferente ale muschilor care participa in articulatie si de existenta unor modele corticale ale articulatiei sunetelor, defectuos formate.

BCU ASTON CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- **Dislalia organica**

Cauzele organice pot fi grupate in: malformatii sau leziuni ale aparatului fonoarticulator, leziuni organice ale analizatorului auditiv, leziuni centrale si afectiuni ale cailor centrale.

a. Malformatii sau leziuni ale aparatului fonoarticulator

Toate componentele aparatului fonoarticulator (buze, dinti, alveole, palat dur, palat moale, maxilare, limba) joaca un rol deosebit in fonatie si articulatie. Anomaliile acestor organe impiedica fonoarticulatia sunetelor, generand tulburari de articulatie.

În functie de zona afectata exista:

- anomaliile labiale (rigiditatea buzelor, lipsa lor de mobilitate, despicaturi labiale sau buza de iepure, despicaturi labio-nazo-alveolare) impiedica articularea bilabialelor si labiodentalelor;

- anomaliile labio-dentale (scurtarea buzei superioare, care este asociata cu lungimea anormala a dintilor incisivi superiori centrali si cu gingii groase si proeminente) favorizeaza mai degraba o acomodare labio-dentala, cu deformatia acustica respectiva, decat o acomodare bilabiala, practic nerealizabila;

- anomalii dento-alveolare (dinti rau implantati, cresteri suplimenŹ tare de dinti sau lipsa unor dinti, mai ales dupa traumatisme) impiedica articularea fonemelor labio-dentale;

- anomaliile maxilarelor (progenia, prognatismul, muscatura deschisa) se reflecta negativ asupra articularii bilabialelor, labio-dentalelor, linguo-dentalelor;

- anomaliile labio-maxilo-palatine (despicaturile de palat de tipul palato-schizis sau cheilo-schizis - "gura de lup") dau nastere la o vorbire rinolalica;

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITARA LIBRARY

- anomaliile linguale (macroglosia-limba prea mare ca volum, microglosia, anchiloglosia - anchilozarea limbii etc.) impiedica articularea linguo-dentalelor.

Dislalia cauzata de malformatii sau leziuni ale organelor periferice de vorbire se numeste dislalie organica de tip mecanic. In functie de localizarea malformatiilor sau leziunilor, se intalnesc mai multe tipuri de dislalie mecanica: labiala, dentala, palatala, linguala, laringuala.

b. Leziuni organice ale analizatorului auditiv

Analizatorul auditiv poate avea un deficit din cauza unor leziuni la nivele diferite. Vorbirea este tulburata in functie de gradul de surzenie, de varsta la care s-a produs aceasta si de inteligenta hipoacuzicului. Tulburarile de pronuntie determinate de leziuni organice ale analizatorului auditiv sau de traumatizarea celulelor auditive formeaza categoria dislaliilor audiogene.

Formele de dislalie audiogena cresc in gravitate pe masura ce pierderile de auz sunt la frecvente din ce in ce mai inalte. intre 20 si 40 dB, vorbirea se desfasoara in limitele normalului. intre 40 si 70 dB apar dificultati de perceptie. intre 70 si 90 dB sunt cuprinse formele grave de tulburari auditive cand nu sunt percepute siflantele (sunetul s), suieratoarele, din care cauza aceste sunete sunt prezentate denaturat generand disfonemii, parafonemii sau moghilalie.

Tulburari de articulatie pot sa apara si in afara leziunilor dupa o traumatizare a celulelor auditive cauzata de excitanti sonori prelungiti. De exemplu, zgomotul implicat in exercitarea unei profesiuni poate traumatiza urechea, ducand la pierderi auditive care se manifesta sub forma unei surditati insulare, a unei paracuzii pentru o gama restransa de frecvente, dincolo de care acuitatea auditiva se mentine in limitele normalului

c. Leziuni centrale si afectiuni ale cailor centrale

Leziunile cerebrale si afectiunile cailor centrale apar dupa o traumatizare sau hemoragie cerebrala consecutiva unei nasteri grele, sau dupa o encefalita din prima varsta. Limbajul isi are sediul pe scoarta cerebrala, in lobul frontal stang, in partea anterioara a scizurii lui Sylvius. In cazul leziunii acestei zone sau a cailor centrale, piramidale sau extrapiramidale, ori a cerebelului, apar tulburari de pronuntie. Leziunile organice ale cailor centrale ale vorbirii survenite la o varsta care precede dezvoltarea limbajului au, de asemenea, ca urmare tulburari de articulatie. Tulburarile de articulatie ce insotesc procesele patologice centrale formeaza categoria dislaliilor centrale sau "de evolutie". Dislalia centrala consta in incapacitatea de a formula sau pronunta corect anumite sunete sau grupe de sunete (Nadoleczny) si se manifesta prin alterarea, inlocuirea sau omiterea anumitor foneme sau prin inversarea locului pe care il ocupa in alcatuirea silabelor si cuvintelor. Calificativul "de evolutie" arata caracterul regresiv spontan (sau dupa scurt tratament logopedic) al acestei tulburari de vorbire de tip dismaturativ si se verifica prin modul in care frecventa dislaliei scade invers proportional cu varsta. Semnificativ este experimentul cercetatorului C. Paunescu pe copii prescolari, cand a ajuns la concluzia ca dislalia de evolutie nu scade numai in functie de varsta, ci si de asistenta pedagogica pe care o acordam copiilor.

Instalarea dislaliei centrale este favorizata de doua tipuri de conditii: intrinseci manifestate printr-o labilitate neuro-psihica consecuźtiva unui factor ereditar sau dobandit si extrinseci, intalnite in cazul tulburarilor de limbaj din ambianta copilului (sora, frate, grupul in care se joaca, parinti) si al bilingvismul la varste foarte mici.

- **Dislalia functionala**

Dislalia functionala este determinata de o incapacitate a organelor normale de vorbire de a-si indeplini functiile verbale. Dislalia functionala apare pe fondul dislaliei fiziologice, ca urmare a permanentizarii unui mod defectuos de vorbire. Simptomele dislaliei functionale dispar frecvent pe la varsta de 5-6 ani. La unii copii, ele se mentin si la varsta scolara, pana la 8 ani si chiar dupa aceasta varsta, putand fi semnalata in continuare si la adulti. Cauza cea mai frecventa a unei dislalii grave si persistente o constituie intarzierea mintala, desi unele forme de dislalie durabila apar si printre copii cu intelect normal. in studiul acestor dislalii functionale grave si persistente trebuie luate in considerare tulburarile de dezvoltare ale functiilor motrice si senzitive intrinseci actului de emisie si de receptie verbala. Aceste tulburari se grupeaza in doua forme specifice: dislalia motorie si dislalia senzoriala.

a. **Dislalia motorie (motrica)**

Dintre cauzele motorii ale dislaliei mentionam: debilitatea musculara, disabilitatea motorie a organelor de vorbire, dificultati de coordonare a muschilor implicati in actul vorbirii, stangacia si contrarierea acesteia. Dislalia motorie este cauzata de debilitate musculara si de disabilitate motorie a organelor de vorbire. Ea apare datorita tulburarilor din analizatorul motor, in special a componentei sale verbo-kinestezice, cum sunt: intarzieri ale dezvoltarii motrice, dificultati de coordonare si control a miscarilor de vorbire, viteza deficitara a miscarilor articulatorii, o disabilitate motorie sau, in mod mai general, aptitudine deficitara - pentru vorbire.

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Un indice caracteristic al dislaliei motorii il constituie capacitatea dislalicului de a deosebi pronuntarea corecta de cea eronata, atat in vorbirea altor persoane, cat si in cea proprie.

La copiii cu dislalie motorie se semnaleaza frecvent si o amnezie expresiva, caracterizata prin incapacitatea de a executa vocal melodiile pe care le percep si le recunosc, deosebind notele muzicale corecte de cele false atat in intonatia altora, cat si in cea proprie.

Tabloul cel mai evident al dislaliei de tip motric il constituie miscarile inadecvate, dificultatile de control si de coordonare a muschilor, la acei copii care sunt constienti de executiile pe care trebuie sa le realizeze pentru a produce prin imitatie sunetul auzit.

b. Dislalia senzoriala

Dintre cauzele senzoriale ale dislaliei mentionam:; dificultati de discriminare a sunetelor la nivelul componentei corticale a analizatorului auditiv, deficienta de memorie auditiva, tulburarile auzului fonematic, lipsa atentiei acustice, disabilitate senzoriala de realizare a articulatiei sunetelor. Dislalia senzoriala este acea forma de dislalie functionala care apare pe baza unor deficiente ale mecanismelor verbale senzitive, in special de auz fonematic, la persoane cu o motricitate articulatorie normala. Dislalia senzoriala se caracterizeaza prin substituiri si inversari determinate de perceperea, memorarea si recunoasterea eronata a unor foneme. Aceste substituiri si inversari de sunete apar nu numai in vorbire, ci si in scris(dislexie - disgrafie). Cel mai frecvent dislalia senzoriala reprezinta o tulburare sub aspect acustic in structura sonora a fonemelor, determinata de incapacitatea de a le diferentia precis pe baza de auz.

La copiii mici, componenta corticala a analizatorului auditiv nu poseda o capacitate suficienta de diferentiere si ca atare ei intampina

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dificultati in discriminarea unor sunete apropiate ca structura acustica, in special a celor siflante. Aceste dificultati de discriminare, pana la o anumita varsta (de 3-4 ani), prezinta un caracter fiziologic.

Datele audiometriei tonale scot la iveala faptul ca persoanele cu dislalie senzoriala au auzul normal din punct de vedere fiziologic, dar este tulburat auzul fonematic.

O alta cauza care genereaza dislalii senzoriale este si disabilitatea senzoriala de realizare a articulatiei sunetelor, datorita insuficientei analize si sinteze kinestezice, a miscarilor de vorbire. Dislalicul nu sesizeaza cu precizie pozitia organelor lui fonoarticulatorii, din care cauza nu poate executa corect miscarile articulatorii necesare in emiterea unui sunet. De aceea este necesar un control vizual sau folosirea mijloacelor auxiliare (oglinda logopedica, spatule, aparate).

Dislalia senzoriala este de origine centrala, fapt pentru care in literatura de specialitate o mai intalnim si sub denumirea de dislalie prin deficit cortical de discriminare si memorizare a sunetelor.

- **Dislalia sociogena**

Formele pe care le imbraca dislalia sociogena sunt: prin imitatie, prin educatie deficitara si prin bilingvism.

Cauzele psihosociale ale dislaliei

Tulburarile de pronuntie nu sunt legate numai de anomalii organice sau functionale ale organelor de vorbire. Examinarea copiilor cu tulburari de limbaj a scos la iveala factorii psihosociali care, independent sau in corelatie cu factorii organofunctionali, au contribuit la producerea tulburarilor de articulatie. Dislalia sociogena ia nastere din dislalia

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

fiziologica prelungita peste varsta de 4 ani, in conditii de mediu defavorabil dezvoltarii limbajului.

a. Dislalia prin imitatie

Aceasta dislalie se caracterizeaza printr-o labilitate articulatorie dismaturativa si printr-o posibilitate de discriminare fono-auditiva insuficienta, copilul imitand inconstient modelele vorbirii adulte. Daca parintii sau persoanele din jurul copilului au tulburari de pronuntie sau daca acestea abuzeaza in dialogul cu copilul de "vorbirea infantila", atunci un astfel de copil are toate sansele de a-si forma, prin imitatie, deprinderi durabile de pronuntie incorecta. incurajarea pronuntiei incorecte pentru amuzamentul celor din jurul copilului sau pentru ridiculizarea lui este foarte daunatoare, ea ducand treptat la fixarea tulburarii de pronuntie.

b. Dislalia prin educatie deficitara

Aceasta forma de dislalie sociogena este cauzata de existenta - in perioada de formare a limbajului - a unui climat familial educativ necorespunzator. Dintre factorii climatului nefavorabil care influenteaza negativ dezvoltarea la timp si corecta a limbajului mentionam: tipul de voce cu care adultii se adreseaza copilului, supraprotectia si perfectionismul. Vorbirea pitigaiata utilizata de unii adulti in relatiile lor cu copilul, graba unor parinti de a oferi copilului tot ce el nu apucase sa solicite verbal, precum si pretentia absurda a adultilor de a obtine de la copilul mic o exprimare perfecta, cand inca varsta nu-i permite, toate acestea reprezinta conditii nefavorabile de dezvoltare a limbajului.

c. Dislalia prin bilingvism

Aceasta dislalie se instaleaza, de obicei, atunci cand parintii vorbesc curent, in familie, doua limbi diferite sau cand copilul este fortat sa invete o a doua limba inainte de insusirea celei materne. Bilingvismul la o varsta

frageda, sub varsta de 4 ani, este o adevarata pedeapsa pentru copil, el fiind nevoit sa-si insuseasca sisteme de articulare diferite, ceea ce-i ingreuneaza vorbirea.

Cunoasterea formelor dislaliei ajuta la aplicarea unei metodologii adecvate procesului de corectare a vorbirii copiilor.

- **Rinolalia**

Rinolalia (in popor numita "fonfaiala", adica vorbire pe nas) este o forma a dislaliei, de aceea se mai numeste si dislalie "organica". Ea se produce ca urmare a unor malformatii ce sunt localizate la nivelul valului palatin sau a unor influente ale dezvoltarii acestuia; poate fi determinata de unele boli infectioase, de vegetatiile adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia valului palatin, de despicaturile labio-maxilo-palatine, de hipoacuzie, de functionarea defectuoasa a muschilor sau a valului palatin, care nu pot deschide traiectul nazal in timpul pronuntarii sunetelor nazale. in rinolalie se manifesta tulburari de pronuntie specifice dislaliei, ea constand in pronuntarea nazonata a sunetelor. in rinolaliile mai accentuate e afectata, prin tulburari combinate de articulatie si de rezonanta a sunetelor, nu numai latura estetica, ci si inteligibilitatea vorbirii. Continutul vorbirii rinolalicilor devine, prin modificarile nazale ale aspectului sonor, mai putin accesibil intelegerii si comunicarii orale. La varsta scolara o astfel de tulburare formeaza un obstacol in frecventarea invatamantului de masa de catre copil. Rinolalia se , instaleaza frecvent pe la 2-4 ani, aparand mai ales la copiii rasfatati, fiind afectate mai ales vocalele. Din punct de vedere etiologic exista cauze care provoaca exclusiv rinolalia sau dislalia dar si cauze comune celor doua. Exista doua tipuri de cauze ale rinolaliei: organice si functionale.

BCU "ASCUTIA" UNIVERSITY LIBRARY

Cauzele organice ale rinolaliei deschise pot fi anomalii la nivelul valului palatin, insuficienta dezvoltare a acestuia ca urmare a unor boli infectioase, vegetatii adenoide sau polipi, paralizia sau atonia valului palatin, despicaturi labio-maxilo-palatine.

Cauzele functionale sunt incapacitatea sau mobilitatea redusa a valului si a muschilor faringo-nazali, imitarea vorbirii unor persoane rinolalice in perioada insusirii vorbirii de catre copil. Despicaturile palatului provoaca o serie de tulburari rinolalice denumite palatolalii, care,

- conform opiniei unor autori, s-ar inscrie in categoria dislaliei mecanice deoarece predomina deficientele in pronuntarea sunetelor. Spre deosebire de dislalie, unde sunt afectate mai ales consoanele, in rinolalia organica deschisa sunt afectate atat vocalele, cat si consoanele, mai ales cele explozive si cele surde care se inlocuiesc cu sunete nedeslusite produse prin asa-numitul "coup de glotte".

Clasificarea rinonaliei

Rinolalia se poate prezenta sub mai multe forme:

a. **aperta (deschisa),** in care suflul aerului necesar pronuntarii sunetelor, parcurge, predominant, calea nazala;

b. **clauza (inchisa),** cand unda expiratorie necesara pronuntarii sunetelor nazale (m, n) se scurge pe traiectul bucal. Aceasta forma este realizata in doua modalitati: forma anterioara - cand narinele sunt blocate, respiratia desfasurandu-se perturbat si forma posterioara - cand este obstructionat naso-faringele;

c. **mixa (mixta),** in care unda expiratorie trece, alternativ atat pe cale nazala, cat si pe traiectul bucal, indiferent de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

BCU MS CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În palatolalie, consoanele orale se pronunta nazal sau sunt omise. Consoanele fricative sunt pronuntate prin suflu nazal accentuat (deperditie nazala cum o numeste E.Verza). La fel ca in dislalie, cele mai afectate sunt siflantele, deoarece ele presupun un suflu puternic si concentrat ce nu se poate realiza din cauza scurgerii aerului pe cale nazala, fiind astfel omise sau inlocuite cu sunete "sparte".

Spre deosebire de dislalie, in rinolalia deschisa sunt afectate si vocalele, mai ales i, u si mai putin vocala a. Cel mai putin afectate in cazul rinolaliei deschise sunt sunetele m si n.

În cazul rinolaliei functionale sunt aceleasi fenomene ca in cazul celei organice, dar amploarea si gravitatea lor sunt diminuate.

- **Dizartria**

Dizartria nu este o tulburare de vorbire, ci numai de rostire. Ea, deci, nu afecteaza vorbirea in general, ci numai vorbirea rostita, si anume latura ei instrumentala, la un nivel intermediar, intre organul periferic de executie si centrul cortical de elaborare si comanda.

Dizartria se manifesta printr-o vorbire confuza, disritmica, disfonica, cu o pronuntata rezonanta nazala in care monotonia vorbirii se imbina cu pronuntarea neclara. . La dizartrici apar si o serie de complicatii psihice ce se produc in sfera afectiva, senzoriala, mintala, psiho-sociala si motrica. Data fiind originea sa, dizartria se mai numeste si dislalie centrala. Din punct de vedere simptomatologie, fenomenele sunt asemanatoare dislaliei obisnuite, dar mult mai grave.

Tabloul manifestarilor dizartriei este in functie de componenta motrica implicata in ea, componenta care constituie si un criteriu de clasificare a acestei tulburari:

1) **dizartria bulbara si pseudobulbara** (in care sunt tulburati neuronii motori de la nivelul bulbului) comporta diminuarea fortei de articulare si o deperditie nazala care reduce suflul;

2) **dizartria distonica si de incoordonare** (produse prin leziuni profunde ale creierului si ale trunchiului cerebral in partea sa superioara). Se instaleaza un debit silibar si trunchiat, o tensiune globala si excesiva a muschilor organelor fonoarticulatorii cu dificultatea de a intrerupe miscarea inceputa.

3) **dizartria cerebeloasa** (in care tulburarile apar la nivelul cailor cerebeloase) se caracterizeaza prin bruschetea, scandarea si caracterul exploziv al vorbirii, dizartricul pierzand controlul respiratiei, al pozitiei limbii si buzelor in timpul articularii.

O caracteristica importanta a dizartricului este aceea ca, de cele mai multe ori, el este constient de handicapul pe care il are. Ca urmare, depune eforturi repetate pentru a-si corecta vorbirea, dar aceasta duce la o incordare sporita care nu numai ca nu-l ajuta, ci, dimpotriva, comite greseli mai frecvente.

II. Deficientele de ritm si fluenta ale vorbirii

– **Balbaiala**.C. Stanica si E.Vrasmas definesc balbaiala ca fiind o tulburare a vorbirii ce se manifesta prin "dezordini intermitente ale pronuntiei, repetari convulsive si blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificultati in articularea unor cuvinte". De fapt, balbaiala este o tulburare de ritm a vorbirii. Balbaiala consta in repetarea unor silabe la inceputul si mijlocul cuvantului, cu pauze intre acestea, sau aparitia spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator, care impiedica desfasurarea vorbirii ritmice si

cursive. Aceasta tulburare de vorbire se caracterizeaza prin: modificari de vorbire (spasme ale aparatului fono-articulator, aritmie, monotonia vorbirii, inversiuni in fraza - pentru evitarea cuvintelor "problema", sunete care "paralizeaza" vorbirea, vorbire concisa - incompleta refuzul de a vorbi), miscari si actiuni asociate - reprezentate de ticuri sau ritualuri de deblocare sau linistire. Alt tip de simptom al balbaielii este reprezentat de anumite modificari psihice cum ar fi: activitate dezorganizata, incordare, neliniste permanenta legata de vorbire, negativism, nevoie permanenta de ocrotire, izolare sociala, emotivitate crescuta, tulburari ale cititului, dar si ale scrisului, comportament neadaptat.

Asadar, balbaiala se caracterizeaza prin intreruperea vocii, fara leziuni ale organelor fonoarticulatorii, fiind foarte vizibila si afectand profund intelegerea vorbirii de catre cei din jur. Exista o lipsa de coordonare intre ceea ce gandeste si ceea ce spune cel balbait. Aceasta tulburare de limbaj poate aparea pe la 5-6 ani si chiar mai tarziu - la varsta adolescentei, ca urmare a unei emotii bruste sau a unei spaime mari. Cursivitatea exprimarii este grav afectata, prin aparitia unor blocaje iterative sau a unor spasme puternice, o data cu incercarea de rostire a primelor silabe din propozitii, sintagme sau chiar din cadrul unor cuvinte. Balbaiala este considerata o tulburare a controlului motor al vorbirii, in care inlantuirea succesiva a sunetelor din cuvinte nu se mai poate realiza dupa modelul firesc si expresiv al unei limbi. in cazul ei apar reactii secundare, ca efect al incordarii si suprasolicitarii sistemului nervos, uneori fiind traita dramatic prin manifestari neurovegetative, schimbarea culorii fetei, transpiratie, tulburari de somn, cresc agitatia si nervozitatea, respiratia devine scurta si intrerupta, se vorbeste in timpul inspirului. Aceasta tulburare de limbaj se manifesta intr-o forma mai putin accentuata

atunci cand copilul vorbeste in soapta, cand trebuie sa cante (mai ales intr-un cor) sau cand ceea ce spune el este perturbat de un fundal zgomotos. in schimb, cand este pus sa scrie sau sa deseneze, copilul cu balbaiala manifesta particularitati agravante sub forma alungirii grafemelor - unirea lor chiar - sau a disparării lor accentuate.

Cauzele balbaielii pot fi:

- imitarea de catre copiii mici a unor persoane adulte sau a unor copii care au un asemenea handicap;
- bilingvismul;
- traume psihice;
- stres determinat de emotii, soc, sperieturi, spaime, deprimare afectiva, impresia de frustrare, de nedreptate;
- tulburari ale respiratiei, manifestate prin aparitia spasmelor respiratorii si incercarea de a sili copilul sa adopte un ritm respirator total gresit, prin efectuarea unor inspiratii adanci, insistand sa faca pauze mari dupa fiecare cuvant, pentru a evita pripirea;
- factori de natura ereditara;
- presiuni, actiuni cu caracter represiv, constand din anumite masuri educative gresite ale parintilor in legatura cu dereglarile din exprimarile copilului;
- observatii dojenitoare asupra deficientelor de vorbire;
- pedepse severe administrate de parinti pentru ca, in anumite situatii, copiii se balbaiau;
- ironia, prin luarea in ras si imitarea balbaielii, cu scopul de a sili copilul sa fie atent in exprimare;
- incercarea de a-l face pe copil sa vorbeasca in fata strainilor, in imprejurarea in care acesta se jeneaza;

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- nemultumirea mamei (mai ales), pentru toate actiunile copilului;

- dezaprobarea si critica foarte severa pentru cea mai mica eroare;

- observatii cu ton ridicat, rastit, pana la tipat;

- hiperprotejarea copilului;

- labilitate emotiva: treceri rapide de la o stare afectiva la alta, jena exagerata, tremur usor;

- conflicte determinate de neintelegeri intre parinti si copii, pe de o parte, si intre parinti, pe de alta parte;

- dezorganizarea familiala.

Asadar, cauzele balbaielii sunt de trei categorii: conditii agravante, conditii favorizante si factori declansatori. Conditiile favorizante sunt reprezentate de: caracteristicile proceselor de excitatie si inhibitie (in hiperexcitabilitate balbaiala este mai frecventa), debilitate somato-psihica, mediu familial traumatizant (sufocare afectiva, parasiri, familii dezorganizate), supraincordare nervoasa, imitatia. Conditiile agravante sunt: situatii in care trebuie sa vorbeasca copilul, atitudinea familiei fata de tulburarea de vorbire (ironizare, corectare permanenta etc.), boli debilitante, regim de viata dezordonat (alternarea activitatii cu somnul, alimentatie bazata pe excitante). Factori declansatori pot fi stressul, emotivitatea crescuta etc.

Forme clinice ale balbaielii

Balbaiala poate sa apara sub trei forme clinice de manifestare:

-**cronica**, (sau primara) este repetarea exploziva, involuntara a sunetelor sau a silabelor. Ea apare din cauza contractiilor musculare de scurta durata, cand se introduc cuvinte/sunete parazite care se repeta de 2-3 ori, cursivitatea vorbirii fiind astfel intrerupta, iar aspectul discursului dezagreabil. Aceasta forma de tulburare implica o serie de dificultati la

nivelul fonoarticulator (cele mai mari probleme ridicandu-le cuvintele de legatura si pronumele), extralingvistic (fiind afectate ritmul, intonatia, tempoul sau pauza in propozitie/fraza), la nivel respirator (inversarea tipului de respiratie caracteristica sexului, cu tendinta de a vorbi in inspiratie), precum si la nivel comportamental (cresterea agresivitatii, a anxietatii etc);

-**tonica** consta in intreruperea/blocarea cursivitatii vorbirii printr-o incordare subita a organelor de emisie, fiind vorba despre declansarea spasmului muscular de lunga durata. Atunci cand acest spasm cedeaza, cuvintele blocate anterior erup cu o foarte mare explozie. De regula, cele doua forme de balbaiala se succed, in prima faza aparand tipul clonic (simptome manifestate inconstient, fara efort), urmat apoi de tipul tonic (copilul cu aceasta deficienta devenind constient de defect si facand eforturi mari pentru a-l corecta).

-**mixta**, este, la randul ei, de doua feluri: clono-tonica, in care predomina forma clonica si tono-clonica, in care predomina forma tonica.

- **Logonevroza**

Logonevroza este o alta tulburare de ritm si fluenta a vorbirii care presupune, pe langa o repetare a sunetelor, silabelor si cuvintelor, de batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii fata de vorbire, de mediul inconjurator si o prezenta a spasmelor, incordarii, a unei preocupari exagerate fata de propria vorbire. **Caracteristica acestei tulburari este logofobia** (teama crescuta de a vorbi, mai ales in public sau in conditii de stres emotional).

Logonevroza reprezinta, prin urmare, o balbaiala traita in mod dramatic, cu constiinta defectului ca atare. Aparitia ei depinde de starea

BCU "Lucian Blaga" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

psihofiziologica a subiectului, de felul cum traieste el, in plan psihic, handicapul. Ea este mult mai complexa, mai profunda decat balbaiala, fiind insotita de modificari comportamentale serioase.

În mod obisnuit, la copii apare intai balbaiala si apoi logonevroza, in timp ce la adolescenti se poate ca sa apara direct logonevroza (pe fondul unor traume emotionale puternice, a unui soc afectiv recent etc).

- **Tahilalia**

Este caracterizata printr-o vorbire exagerat de rapida si care apare frecvent la persoane cu instabilitate nervoasa, cu hiperexcitabilitate.

- **Bradilalia**

Se manifesta printr-o vorbire rara, lenta, incetinita, cu exagerari maxime ale acestor caracteristici in oligofrenie.

- **Aftongia**

La nastere atunci cand, in muschii limbii, se produce un spasm tonic, de lunga durata.

- **Tulburarile coreice** - sunt determinate de ticuri nervoase sau coreice ale muschilor fonoarticulatorii, mimicii, care se manifesta concomitent cu producerea vorbirii.

III. Tulburarile vocii

Sunt distorsiuni ale spectrului sonor ce se refera la: intensitatea, inaltimea, timbrul si rezonanta sunetelor. (C.Stanica, E. Vrasmas, 1997). Tulburarile de voce se refera la suprimarea sau deteriorarea anumitor

BCU "I. I. C. Brătianu" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

foneme, tendinta de a emite sunetele, in conditiile unei motricitati elementare, calitatea fonetica fiind profund alterata, iar melodia vocii pierduta. Apar astfel asimilari, substituiri, care corespund unei comoditati in articulare.

Cauzele tulburarilor de voce pot fi: organice, functionale ori psihogene.

Cauzele organice pot fi innascute sau dobandite, reprezentate de malformatii ale organelor fonatoare precum:

- bolta palatina prea inalta/coborata sau prea ingusta;
- palat moale/despicat/paralizat;
- deformari ale limbii, dintilor;
- deviatii de sept;
- polipi nazali;
- noduli ai corzilor vocale;
- tumori faringiene benigne etc.

Cauzele functionale pot fi: paralizii (ale corzilor vocale, faringelui), hipotonia palatului moale, fortarea vocii, fenomen secundar in hipoacuzii grave.

Cauzele psihogene sunt reprezentate de stres mai ales (situatii conflictuale, soc emotiv, trac, boli psihice si stari reactive).

Formele clinice ale tulburarilor de voce:

Vocea de cap (stridenta, cu rezonanta cefalica), care se produce la nivelul registrului inalt, mai ales la copiii cu hipoacuzie grava. Vocea oscilanta (de falset) se produce atunci cand se schimba registrele vorbirii in emisia vocala.

Vocea grava este produsa atunci cand emisia se face din piept, in registrul grav.

BCU "I. CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Vocea inspirata este caracterizata de zgomot laringian cauzat de aerul inspirat in momentul cand corzile vocale sunt apropiate intre ele. Vocea ragusita se manifesta prin ingrosarea si slabirea fonatiei din cauza inflamarii laringelui (gripe, raceli) sau a corzilor vocale. Ea poate avea caracter temporar (in raceala de ex.) sau poate fi cronica. Efectul acestei tulburari este perturbarea expresivitatii muzicale a vocii sau a fortei acesteia.

Vocea nazala este "refluierea" pe nas a aerului expirat in vorbire.

Afonia consta in pierderea vocii ca urmare a lezarii laringelui. Vocea, daca nu dispare complet, se produce in soapta din cauza nevibrarii corzilor vocale. Este cea mai grava dintre tulburarile vocii si poate fi cauzata de inflamatii ale laringelui, boli ale acestuia, de isterii sau de nevroze etc.

Fonastenia este o tulburare functionala ce se manifesta prin slabirea/pierderea temporara a vocii. Ea apare ca rezultat al folosirii incorecte si abuzive a vocii care determina obosirea ei (ex. profesii care obosesc vocea: profesor, cantaret, narator etc). Este mai frecventa la sexul feminin (tocmai datorita verbalizarii excesive caracteristice acestui sex).

Pseudofonastenia presupune acelasi tremur in voce ca si in cazul tulburarii anterioare, insa ea este caracteristica varstei prescolare si are caracter temporar (dispare o data cu cresterea). Mutatiile patologice ale vocii sunt cauzate de modificarile hormonilor sexuali si influenteaza structura anatomo-functionala a laringelui, dar si modalitatile de reactionare ale SNC.

Disfonia este o tulburare partiala a vocii, aparuta in urma situatiilor de soc emotional, trauma psihica, tract angoasa. Aceste situatii pot

BCU "AS" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

determina instabilitatea vocii, inhibitia ei, monotonia sau caracterul sau sters, nediferentiat.

IV. Tulburarile de limbaj scris-citit

Tulburarile lexico-grafice sunt incapacitati paradoxale totale in invatarea si formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacitati partiale denumite **dislexie-disgrafie** ce apar ca urmare a existentei unor factori psiho-pedagogici necorespunzatori sau neadecvati la structura psihica a individului, a insuficientelor in dezvoltarea psihica si a personalitatii, a modificarilor morfo-functionale de la nivelul sistemului nervos central, a deficientelor spatio-temporale si psihomotricitatii, a nedezvoltarii vorbirii care se manifesta prin aparitia de confuzii fi-ecvente intre grafemele si literele asemanatoare, inversiuni, adaugiri, substituiri de cuvinte, sintagme, deformari de litere, neintelegerea completa a celor citite sau scrise, etc. (E. Verza, 1983, p.58). Tulburarile de scris-citit se clasifica in: **partiale** (disgrafia, dislexia) si **totale** (agrafia, alexia).

Tulburarile de limbaj scris-citit partiale reprezinta incapacitatea unui subiect (capacitate redusa) de a invata sa scrie si sa citeasca, chiar daca are parte de toata educatia posibila, chiar daca are o inteligenta corespunzatoare, chiar daca conditiile familiale, sociale etc. sunt mai mult decat favorabile.

Tulburarile de scris-citit deregleaza integrarea sociala, prin manifestarea, in multe cazuri, a unor comportamente antisociale, datorita unor esecuri si conflicte permanente, cat si instalarii unor trasaturi caracteriale negative: negativism, descurajare, inertia, nepasarea, teama de insucces, izolarea.

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Dislexia este dificultatea de a citi, manifestata prin tulburari la nivelul perceptiei auditive, optice si kinestezice, mai general spus toate tulburarile ce intervin in achizitia cititului, in mecanismele acestuia.

Disgrafia, consta in incapacitatea copilului dezvoltat normal din punctul de vedere al limbajului, auzului si intelectului, de a invata corect si de utiliza scrisul in conditii normale.

Simptomatologie

In aceste tulburari de limbaj se manifesta tulburari in lexia (citirea) si grafia (scrierea) vocalelor si consoanelor, in despartirea cuvintelor in silabe, tulburari in lexia si grafia cifrelor si a numerelor naturale simple si a celor cu mai multe cifre.

Exista confuzii intre consoanele surde si cele sonore (p-b, t-d, c-g, f-v), inversiuni la nivelul silabelor, fonemelor si grafemelor, omisiuni sau salturi de cuvinte/randuri in lexie si in grafice, omisiuni de prepozitii sau conjunctii, ritm lent al copierii si partial al citirii.

Manifestari ale disgrafiei:

- confuzii constante si repetate intre fonemele asemanatoare acustic, intre litere si grafismul lor;
- inversiuni, adaugiri, omisiuni de litere si grafeme, cuvinte sau chiar propozitii;
- greutati in combinarea cuvintelor in unitati mai mari de limbaj;
- tulburari ale lizibilitatii, ale laturii semantice;
- grafemele sunt plasate defectuos in spatiul paginii, inegale ca marime si forma si au o asezare dezordonata;
- textul este scurt, lacunar, fara unitate logica;
- apar omisiuni de litere si silabe, cuvinte propozitii, sintagme;

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- contopiri de cuvinte, substituiri de grafeme, adaugiri de cuvinte, grafeme;

- disortografii;

- randuri libere sau suprapuse;

- nerespectarea spatiului paginii, redarea inegala a unor grafeme;

- scrisul servil ca si cel in oglinda.

Manifestari ale dislexiei:

- neputinta de a identifica si citi cuvinte ca un intreg cu o anumita semnificatie si sens;

- cuvintele cu o lungime mai mare sunt realizate ca un intreg, dupa mai multe poticniri;

- intreaga atentie se centreaza pe realizarea citirii cuvintelor ca un intreg si pe forma, care sa duca la o lectura cursiva, ceea ce impiedica intelegerea cursiva a textului;

- sunt intelese si mai greu sintagmele, propozitiile, frazele, iar din cauza concentrarii asupra unitatilor disparate, contextul si subcontextul nu mai indeplinesc rolul de suplinire si intregire a unor informatii;

- greutati in citirea cuvintelor cu un grad mai mare de dificultate;

- greutati in diferentierea cuvintelor si literelor asemanatoare, din punct de vedere auditiv;

- greutati in trecerea de pe randul citit pe urmatorul si tendinta de a-l sari;

- dificultati in intelegerea celor citite si in reproducerea lor;

- omiterea unor foneme sau chiar a unor cuvinte;

- plasarea incorecta a accentului, mai ales pe cuvintele polisilabice;

- dificultati in pastrarea formei date a textului.

BCU "Ion Creangă" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cauzele tulburărilor de limbaj scris-citit

E. Verza stabileste doua tipuri de factori care pot produce tulburari ale limbajului scris-citit: factori ce apartin subiectului si factori ce apartin mediului. Dintre factorii ce apartin subiectului putem enumera: deficienta de ordin senzorial, gradul dezvoltarii intelectuale, slaba dezvoltare psihomotorie, starea sanatatii, reactiile nevrotice, conditiile motivationale. Factorii de mediu sunt slaba integrare in colectiv si in activitatea scolara, nivelul scazut socio-cultural al familiei, metode si procedee necorespunzatoare.

Dificultatile in deprinderea scris-citit ului se pot datora unor cauze organice (leziune cerebrala) sau unor cauze functionale, cum ar fi blocajul emotiv. in neuropsihiatrie, termenii de dislexie-disgrafie sunt rezervati pentru acele tulburari in deprinderea scris-citit ului care au un substrat organic si, ca atare, o etiologie, o simptomatologie si o evolutie specifice. Deficientele dislexo-disgrafice pot fi consecinte ale dificultatilor de articulatie, care se transpun in limbajul scris-citit. Cand lipsesc deficientele de pronuntie, tulburarile se datoreaza handicapului de la nivelul auzului fonematic.

Alte cauze ale acestor tulburari pot fi: sarcinile purtate dificil, nasterile grele, conditiile materiale si culturale scazute ale familiei, locul ocupat in raport cu ceilalti frati. O alta cauza este slaba dezvoltare a motricitatii sau a deficientelor din planul motric.

Mai pot determina asemenea tulburari incidentele survenite:

1) **in antecedentele heredocolaterale, la genitori, frati si heredocolaterali** (alcoolismul sau abuzul de alcool, tuberculoza, bolile neurologice si organice, bolile psihice, endocrinopat[illegible],

2) **in perioada sarcinii:** disgravidia (toxicoza gravidica), traumele fizice si psihice, iminenta de avort, infectiile gravidei (bacteriene, virale sau cu protozoari, in cazul din urma malaria), intoxicatiile exogene sau endogene, tentativele de avort, medicatia folosita in sarcina;

3) **in perioada perinatala:** postmaturitatea si excesul ponderal peste 4000 g, imaturitatea si deficitul ponderal sub 2800 g, distociile cu aplicare de forceps, operatie cezariana sau travaliu prelungit, suferinta fetala si sindromul neurovascular;

4) **in perioada postnatala:** bronhopneumonia, toxicoza, infectiile repetate de cai aeriene superioare, rujeola si varicela - survenite sub varsta de 1 an, tusea convulsiva pana la 3 ani, encefalitele si meningitele pana la 5 ani, traumatismele craniene grave pana la 7 ani.

Toate aceste cauze pot duce la dificultati dislexo-disgrafice ca urmare a leziunilor cerebrale.

În urma cercetarilor s-au stabilit mai multe forme de dislexie-disgrafie in conditiile intelectului normal. Dislexo-disgrafia specifica sau propriu-zisa se manifesta printr-o incapacitate paradoxala in formarea abilitatilor de a citi si scrie. Dificultatile apar in dictare si compunere, dar copilul poate copia unele grafeme si poate silabisi la compunere.

Dislexo-disgrafia de evolutie sau de dezvoltare se manifesta prin incapacitatea de a realiza progrese insemnate in achizitia scris-cititului si se presupune ca la baza ei sta o cauza genetica. Copilul prezinta dificultati in intelegerea simbolurilor grafice, a literelor, cuvintelor, propozitiilor si sintagmelor. Apar omisiuni ale grafemelor, literelor, cuvintelor, inlocuiri, substituiri, inversiuni.

Dislexo-disgrafia spatio-temporala se caracterizeaza printr-o scriere si citire in diagonala, scrierea ondulata.

Dislexo-disgrafia pura sau consecutiva apare pe fondul afaziei, alaliei, hipoacuziei.

Dislexo-disgrafia motrica inregistreaza tulburari de motricitate caracterizate printr-un scris ilizibil, scris-cititul fiind neglijent, neregulat, inegal, tremurat, tensionat, rigid, prost organizat.

Dislexo-disgrafia lineara se manifesta prin incapacitate in trecerea de la randul parcurs la urmatorul, sarire peste unele spatii, lasandu-le libere.

Manifestarea acestor fenomene are un caracter constant si tendinta de a se agrava, prin consolidarea deprinderilor gresite si prin trairea dramatica pe plan intern a esecurilor.

În urma experimentelor, J. De Ajuriaguerra si colaboratorii sai au desprins cinci grupe de disgrafici.

Scrisul rigizilor este inclinat spre dreapta, cu directia foarte regulata, observandu-se o crispare generala a ansamblului traseului, literele mult prea inalte fata de latime, buclele zonelor externe mult mai lungi decat late. Scrisul are un aspect colturos, inaintarea de la stanga la dreapta este haotica, randurile inghesuite, literele corectate.

Scrisul astenicilor este mic, trasaturile sunt curbe, imprastiate in latime, literele sunt lipsite de fermitate, neregulate.

Scrisul impulsivilor da o impresie generala de precipitare, formele sunt imprecise, escamotate, punerea in pagina este sacrificata in favoarea rapiditatii, literele finale ale cuvintelor, barele lui t si accentele sunt repezite si prelungite.

Grupa celor neindemanatici se caracterizeaza prin forme greoaie, rau proportionate, retusate, cu dimensiuni neregulate (hipertrofiate sau atrofiate), legaturile avand caracter infantil.

Scrisul incet si precis are o incetineala substantiala, cu respectarea formelor scolare (m si n au arcade regulate). Acesti copii sunt preocupati pentru punerea in pagina, randul este pastrat, marginile respectate. Dar traseul lasa sa se vada semne discrete de tremuraturi si umflaturi care tradeaza fragilitatea grafomotorie latenta.

Tulburarile de scris-citit au o influenta negativa asupra personaliŹtatii atunci cand ele sunt constientizate sau atunci cand determina esecuri scolare repetate.

Exista mai multe categorii de copii care constientizeaza sau nu tulburarile de scris-citit:

- cei care nu constientizeaza si nici nu sesizeaza manifestarile tipice dislexo-disgrafice la altii;

- copii care sesizeaza deficienta respectiva la altii, dar nu-si dau seama de propriile lor dificultati;

- copii care isi dau seama de deficienta respectiva atat la ei cat si la altii, dar manifesta incapacitatea de a se corecta;

- copii sensibili fata de deficienta si care fac progrese remarcabile in indepartarea ei, depunand un efort activ in raport cu influentele logopedice.

S-au desprins mai multe categorii de dislexo-disgrafii in functie de diversele dificultati pe care Ie intampina copilul.

Scris-cititul lent, stacato cuprinde cea mai mare categorie de elevi, caracterizat prin mari dificultati la scris si o oarecare repulsie la citit. Se inregistreaza doua faze: cand copilul scrie marunt, "puchinos", inghesuie grafemele si cand grafemele sunt inegale ca marime si depasesc spatiul normal din pagina. Copilul este constient de dificultatile sale si foarte receptiv la activitatea terapeutica. Acesti subiecti sunt bine si foarte bine dotati intelectual si au rezultate scolare bune. La cei mai multi putem

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

intalni o usoara stangacie sau lateralitate incrucisata. Cei care prezinta dificultati in corelarea complexului sonor cu simbolul grafic si in intelegerea sensului conventional al simbolurilor lexiei reprezinta alta categorie. Copilul este neputincios in a identifica si citi cuvantul ca un intreg cu o anumita semnificatie si sens.. Aceasta tulburare este intalnita atat la copii normali, cat si la cei cu handicap de intelect sau tulburari psihice. Printre cauzele acestei dificultati putem enumera: tulburari la nivelul perceptiilor acustico-vizuale, la nivelul proceselor cognitive, intreaga atentie se centreaza pe realizarea citirii cuvantului ca intreg si pe forma care sa duca la o lectura cursiva, ceea ce impiedica asupra intelegerii adecvate a textului.

O alta categorie de dislexo-disgrafici sunt cei care prezinta dificultati in respectarea regulilor gramaticale si caligrafice. Trebuie lamurit faptul ca nu vor fi luate in considerare ca erori disgrafice si dislexice acele disortografii si dificultati caligrafice ce se datoresc necunoasterii regulilor respective. Disortograficul citeste sau scrie fara sa respecte sau sa puna punctul, virgula, semnul exclamarii, al intrebarii, linia de dialog. El poate scrie cu litera mare si la mijlocul cuvantului sau poate incepe propozitia sau fraza cu litera mica. In citire are loc o vorbire lenta, monotona, pauzele sunt sterse, iar din punct de vedere caligrafic scrierea disgraficului nu este dreapta, se alungesc unele grafeme comparativ cu altele, unele sunt prea mici, altele prea mari, randurile se suprapun. Dislexo-disgrafia care prezinta omisiuni de litere, grafeme si cuvinte, este foarte des intalnita la cei ce prezinta tul[illegible]ri de pronuntie. În scris sunt omise grafemele de la sfarsitul cuvintelor in dictari si compuneri.

Fenomenul nerespectarii spatiului paginii, sarirea si suprapunerea randurilor sunt frecvente in handicapurile de vedere, la cei cu tulburari oculo-motorii, la stangacii care scriu cu mana dreapta sau stanga si in ambidextrie. Fenomenul poate exista si in lipsa acestora atunci cand se formeaza deprinderi incorecte de scris-citit sau cand apar unele tulburari la nivelul proceselor cognitive. In citire, dislexicul poate parcurge acelasi rand ori sa sara unul sau mai multe fara sa-si dea seama. Disgraficul nu-si poate citi propriul scris si nu poate respecta spatiul paginii, sarind si suprapunand randurile.

Scrisul servil si scris-cititul ca in oglinda sunt fenomene des intalnite in randul celor cu tulburari de scris-citit. Scrisul servil se manifesta prin inclinarea exagerata spre dreapta sau spre stanga a literelor, grafemelor, acestea fiind executate alungit. Scris-cititul ca in oglinda se realizeaza printr-o rotire a grafemelor si literelor in asa fel incat se ajunge la o reflectare inversa a imaginii respective pe creier. Acest fenomen se manifesta mai frecvent in debilitatea mentala si la copiii stangaci. O astfel de tulburare poate fi pusa si pe seama afectiunilor encefalului, determinate de meningite sau dereglari ale emisferei drepte din regiunea parietala inferioara a creierului.

Tulburarile de limbaj scris-citit totale

Alexia reprezinta pierderea capacitatii de a citi si de a intelege limbajul scris. Subiectul alexie vorbeste normal, raspunde corect la intreźbari, intelege ceea ce i se spune, poate scrie corect dupa dictare sau chiar spontan, dar nu intelege un text scris.

Agrafia reprezinta pierderea capacitatii de a scrie, la o persoana, care inainte scria normal. Subiectul cu agrafie poate scrie un cuvant, daca

copiaza litera cu litera. Cauza agrafiei este reprezentata de lezarea lobului parietal stang.

Diagnosticul acestor tulburari de limbaj scris-citit se pune la sfarsitul clasei I.

V. Tulburarile de dezvoltare a limbajului

Exista doua categorii de tulburari de dezvoltare a limbajului:

Mutismul electiv, psihogen sau voluntar, reprezinta refuzul total sau partial al copilului de a comunica cu unele persoane, iar in forme grave acest refuz se extinde asupra intregului mediu inconjurator sau asupra unor situatii. Mutenia este temporara si poate dura de la cateva saptamani la ani de zile. Copilul cu mutism electiv nu vorbeste nu pentru ca nu poate, ci pentru ca nu vrea.

Caracteristicile mutismului electiv:

- Apare frecvent la copiii hipersensibili, anxiosi, timizi si este insotit de tulburari comportamentale, in care incapatanarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea, negativismul, rautatea ocupa un loc important. Refuzul verbal al copilului cu mutism electiv este dublat deseori de refuz alimentar din partea lui, refuz de a invata sau de a face orice i se cere.
- Copiii pot fi furiosi, interiorizati, cu complexe de inferioritate.
- Este mai frecvent la fete si incepe pe la 3-5 ani.
- Adesea o schimbare de tipul intrarii in scoala sau in gradinita declanseaza aceasta tulburare.

Aceasta tulburare poate capata urmatoarele **forme:**

Acuta: poate aparea dupa momente de groaza, panica, socuri emotive, traumatisme psihice.

Cronica: se manifesta general sau selectiv, fata de anumite persoane.

Etiologie (cauzalitate)

- Atitudini si metode gresite in educatia practicata de parinti sau de profesori, care traumatizeaza afectiv copilul (hiperseveritate, pedepse corporale mai ales, traumatizare psihologica - amenintari).

- Situatii dramatice, soc emotional foarte puternic, stres, esecuri repetate, frustrari.

- Mediul de trai impropriu (ex. ostilitate).

Copiii cu mutism electiv, desi nu comunica, inteleg scrierea si nu manifesta deficiente de ordin intelectiv. Dar, persistenta pe o perioada lunga de timp poate duce la ramaneri in urma pe linia dezvoltarii verbale şi a exprimarii logico-gramaticale.

Daca mutismul se intinde prea mult in timp, fara sa se intervina, pot aparea perturbari intelectuale (ramaneri in urma la scoala, reducerea vocabularului, afectarea exprimarii gramaticale etc). De asemenea, se poate intampla ca, desi s-a intervenit in sens optimizator, rezultatele sa nul fie cele scontate si copilul cu mutism sa ramana in continuare "imun" 1$ incercarile celor din jur de a-l scoate din tacere. In aceasta situatie este de preferat ca parintii sa schimbe scoala, colectivitatea in care invata copilul sau profesorul acestuia.

Retardul verbal - intarzierile in aparitia si dezvoltarea limbajului.

C. Vrasmas si E. Stanica considera retardul verbal drept blocajul] ritmului de evolutie a limbajului, ce se abate de la normal. Un copil cu retard de limbaj pana la varsta de trei ani foloseste un numar redus de cuvinte, le pronunta gresit, nu formeaza propozitii simple, insa are auzul bun si organele fono-articulatorii normal dezvoltate. Copilul cu retard

BCU "I. CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

verbal (intarziere in dezvoltarea limbajului) ramane in urma copiilor de aceeasi varsta cu el.

Retardul de limbaj poate fi cauzat de o serie de **factori** precum:

- factori neurogeni (in perioada peri si postnatala);
- factori somatogeni (boli cronice indelungate, boli infectioase);
- factori psihogeni (mediu care nu stimuleaza vorbirea, suprasolicitare verbala, exigente prea mari, atitudini brutale, socuri emotionale puternice);
- factori constitutionali, ("inabilitate verbala" ereditara pe linie paterna, mai frecventa la baieti).

Retardul verbal se caracterizeaza printr-o intarziere in dezvoltarea motricitatii generale (statica capului, trunchiului, mersul). Evolutia aparatului fonoarticulator stagneaza dupa perioada lalatiunii, vocalele sunt prezente, insa consoanele dificile sunt omise sau inlocuite, grupurile de consoane fiind inlocuite cu consoane mai usor de pronuntat, diftongii redusi la o vocala, silabele reducandu-se spre sfarsitul cuvantului. Aparitia cuvintelor are loc dupa doi-doi ani si jumatate, vocabularul fiind format doar din 20-30 de cuvinte. Copilul nu formeaza propozitii, nuj diferentiaza sunetele in cuvinte, are dificultati la trecerea de la limbajul intem la cel extern, nu cunoaste semnificatia multipla a cuvintelor, uneori are tulburari de lateralitate si manifesta un deficit al motricitatii fine (buze, limba, degete).

Dezvoltarea intelectuala poate fi conform varstei cronologice, liminara sau intarziata din cauza absentei limbajului. Comportamentul psiho-afectiv este dominat de timiditate, absenta dorintei de comunicare, hiperkinetism si opozitionism.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Formele clinice ale intarzierii verbale pot fi:

- Forma para, atunci cand nu exista simptome somato-neuropsihice.
- Forma constitutionala, in care sunt afectate toate laturile vorbirii.
- Forma somatica insoteste distrofia, rahitismul si deficientele fizice.

VI. Tulburarile polimorfe ale limbajului

Aceste tulburari de limbaj au substrat neurologic si sunt de **doua tipuri:**

a) **Alalia**

E.Vrasmas si C.Stanica considera alalia cea mai profunda tulburare de elaborare, organizare si dezvoltare a limbajului, intalnita la copiii ce nu au vorbit niciodata, Acest handicap presupune imposibilitatea de a vorbi din nastere, cu toate ca nu exista dificultati de ordin senzorial sau de intelect mari care sa impiedice insusirea limbajului de catre copil. Apar ca majore in acest handicap dificultatile de realizare a motricitatii sau de perceptie vizuala sau auditiva.

Etiologie

- sifilisul si tuberculoza parintilor;
- alcoolismul parintilor;
- boli grave repetate (encefalita, varicela);
- tonus psihic si motor scazut etc.

Forme clinice sunt: cu predominanta motorie, cu predominanta senzoriala si cu predominanta senzo-motorie.

Alalia motorie

Sinonimii: afazie motorie congenitala, afazie de expresie, dispraxie de limbaj etc.

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Simptomatologie

Vorbirea spontana este redusa la trei-patru cuvinte sau este inexistenta, iar vorbirea repetata este imposibila. intelegerea limbajului este aparent normala, insa subiectul nu intelege in profunzime notiunile abstracte si frazele mai lungi. Vorbirea se realizeaza cu dificultate, miscarile fonoarticulatorii fiind difuze si dezordonate. În functie de gradul incordarii organelor fonoarticulatorii pronuntia poate fi: hipertona, cand nu se pot pronunta sunetele: i, s, z, sau hipotona, cand pronuntia se aseamana vag cu modelul si nu se pot pronunta consoanele ocluzive (c) si nici cuvintele intregi.

Copilul alalic motor nu stie sa vorbeasca. El intelege sensul cuvintelor si il retine, dar nu le poate pronunta. Executa ordinele verbale si poate arata obiectele indicate. Poate emite unele sunete articulate si chiar cuvinte mono si bisilabice. Prezinta o dispraxie buco-linguo-faciala care exista independent de actul fonator si care determina o masticatie greoaie precum si imposibilitatea realizarii unor miscari, ca de exemplu: inchidere/deschidere a gurii, scoaterea limbii, suflare etc. Nu poate realiza o miscare la cerere, nu se poate spala pe maini, nu se poate sterge, imbraca etc.

Alalia senzoriala

Sinonimii: surditate verbala congenitala, agnozie auditiva. Alalia senzoriala este o tulburare (disfunctie) de percepere a, mesajelor verbale si a intelegerii vorbirii, cu tulburari consecutive de exprimare.

Simptomatologie

Vorbirea spontana este inexistenta sau este redusa la doua-trei cuvinte iar vorbirea repetata poate fi: imposibila, aproximativa si ecolalica. Vocea alalicului senzorial este sonora. Deficienta auditiva, desi exista

la toti cei cu alalie senzoriala, nu reprezinta cauza imposibilitatii insusirii limbajului (subiectul prezinta oscilari in folosirea auzului). Alalicul cu aceasta forma nu intelege sensul vorbirii, dar poate repeta unele cuvinte (ecolalie), chiar cu un grad de dificultate crescut in pronuntie. Aude bine, dar are dificultati de perceptie a directiei sunetelor.

Caracteristice in alalia senzoriala sunt dificultatile in desprinderea formelor verbale de pe fondul sonor, subiectul neidentificand stimulii sonori si neacordand o semnificatie mesajelor verbale.

Este o tulburare esentiala de exprimare si intelegere a limbajului, la copilul care nu a vorbit niciodata si care nu va putea vorbi decat in urma unei invatari dirijate.

-Vorbirea spontana este nula sau limitata uneori la cateva sunete sau cuvinte.

- Afecteaza limbajul impresiv si expresiv.

-Nu presupune deficiente de intelect.

- Exista tulburari de perceptie, intarziere si neindemanare motorie.

Alalia mixta

Este cea mai grava forma de alalie, in care predomina caracteristicile uneia sau alteia dintre cele doua forme. Alalicii au posibilitatea sa pronunte unele silabe si cuvinte, dar pe care le folosesc foarte rar, inteleg unele cuvinte izolate, dar nu descifreaza sensul propozitiei.
O alta clasificare a alaliei se realizeaza **dupa gradul incordarii motricitatii**, in momentul emiterii sunetului, diferentiindu-se:

- **Alalie hipotoni:** se constata o slabiciune a articularii, vorbire lipsita de forta, afona, laxa, sacadata. Cuvintele nu sunt pronuntate complet, se trece usor peste vocale, pronuntia fiind labila.

- **Alalie hipertoni:** se constata o incordare exagerata a organelor fonatoare, cu atacuri bruste in momentul emiterii, dificultati in diferentierea locului de articulare, inegalitate in privinta duratei si a intensitatii sunetului.

b) **Afazia**

Afazia reprezinta incapacitatea de a vorbi la o persoana care inainte avea comportament verbal normal. Afazicul si-a pierdut aceasta capacitate dupa ce dobandise comportamentul verbal.

Caracteristicile afaziei

- Este mai frecventa la varstele adulte sau la batranete.

- Determina modificari profunde in sfera limbajului, iar, la niveźlul personalitatii, se produc destructurari masive.

- Vorbirea este alterata in conditiile pastrarii miscarii automate si voluntare a limbii.

- Apar tulburari ale perceptiei auditive si vizuale, iar in pronuntie se constata ca acele cuvinte uzuale nu sunt atat de alterate.

- Are loc o scadere a memoriei, gandirii, atentiei si apar tulburari lexice, grafice si de calcul.

- Se manifesta pierderea abilitatii de a folosi limbajul.

- Subiectul are o tulburare a constructiei spatiale.

- Subiectul are comportamente normale.

- Se pastreaza cuvintele parazite, interjectiile, se manifesta stilul telegrafic.

- Pot aparea, la unele persoane, vorbirea "academica" si un scria servil, tulburari ale accentului, agramatisme.

- Apar dificultati in enumerarea automata, intoxicatia cu cuvinte.

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Apar afectiuni ale vocii, dereglari ale respiratiei, emotii exagerate.

- Apar tulburari ale inteligentei.

Etiologia afaziei

Afectiunile creierului, ale SNC, traumatismele cranio-cerebralej infectiile, intoxicatiile, tumorile cerebrale (rezultate din accidente vascu-j lare cerebrale), diabetul, intoxicatiile cu dioxid de carbon pot determina] aparitia acestei tulburari polimorfe de limbaj.

Formele afaziei

- **Motorie:** afazicul nu vorbeste, dar pastreaza limbajul interior si intelegerea.

- **Motorie totala:** nu poate vorbi, scrie si citi, dar se pastreaza intelegerea.

- **Transcorticala motorie:** nu poate vorbi spontan, dar poate repeta scrierea si pastreaza intelegerea.

- **Senzoriala pura:** recunoaste sunetele izolate, poate scrie si citi, dar nu intelege.

- **Senzoriala totala:** apar logoreea, agrafia, alexia, tulburarile de intelegere si se pastreaza vorbirea spontana.

- **Senzoriala transcorticala:** nu poate vorbi si scrie spontan, nu intelege, dar isi pastreaza vorbirea repetata, ecolalie asociata cu surditate verbala accentuata.

- **Totala:** manifesta tulburari expresive si receptive de intelect.

- De conducere: se manifesta tulburari ale repetarii cuvintelor si denumirii obiectelor, dar se pastreaza relativ intelegerea si vorbirea spontana.

BCU MS CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Diagnostic diferential

Alalia se poate confunda din cauza absentei limbajului cu alte tulburari precum: afazia, dizartria, mutismul electiv, autismul sau retardul de limbaj, insa exista diferente majore fata de acestea:

Afazie *Simptome neurologice pronuntate Tulburare dobandita Dezintegrarea limbajului Exista vorbire automata, emotionala, repetata, telegrafica*

Dizartrie *Apare in infirmitatile motorii cerebrale Infirmitatea motricitatii organelor fonatoare. Subiectul nu poate vorbi Nu e afectat limbajul propriu-zis, ci segmentul intermediar intre organele periferice si centrul limbajului de pe scoarta*

Alalie

Tulburare innascuta Neintegrarea limbajului Vorbire inexistenta Alalie Nu exista infirmitati motorii cerebrale Necoordonare motorie Subiectul nu stie sa vorbeasca E afectat limbajul si centrul vorbirii

Mutism electiv *Dobandit Temporar, reversibil Se manifesta in functie de persoane, locuri, situatie Refuza contactul cu mediul Este determinat de factorul educativ*

Alalie innascut

Permanent (daca nu se face terapie) Nu se modifica comportamentul verbal in functie de mediu Nu refuza contactul cu mediul Nu este determinat de factorul educativ

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Corectarea deficientelor de limbaj

A. Metode si procedee de ordin general

- Gimnastica si miogimnastica corpului si a organelor care participa la realizarea pronuntiei

Pentru imbunatatirea motricitatii generale si a miscarilor fono-articulatorii se pot indica o serie de exercitii care au o importanta deosebita nu numai pentru dezvoltarea limbajului dar si pentru sanatatea organismului. Aceste exercitii urmaresc fortificarea trunchiului, a gatului si a membrelor. intotdeauna exercitiile fizice generale trebuie asociate cu cele de respiratie.

Scopul exercitiilor fizice generale este de a usura desfasurarea unor miscari complexe ale diferitelor grupe de muschi care iau parte la activitatea de respiratie si la functionarea aparatului fono-articulator. **Se disting doua categorii mari de exercitii:**

a) **cu scopul de a relaxa organismul si musculatura** aparatului de emisie;

b) **de incordare,** care se folosesc in special in timpul pronuntarii sunetelor surde.

În cazul exercitiilor fizice generale este indicat ca fiecare miscare sa fie executata in mod ritmic, ceea ce va usura introducerea ritmului la nivelul vorbirii.

- **Pentru dezvoltarea organelor fono-articulatorii** se recomanda o serie de exercitii ce se refera la dezvoltarea miscarilor expresivitatii faciale, linguale, mandibulare, labiale. Exercitiile de dezvoltare a expresivitatii faciale se fac in mod diferentiat, in functie de caz. Dintre cele mai importante exercitii folosite in acest scop amintim: umflarea si retragerea

BCU "I. CENTRAL UNIVERSITARA LIBRARY

simultana a obrajilor, inchiderea si deschiderea ochilor concomitent cu ridicarea si coborarea ritmica a sprancenelor, imitarea rasului si a surasului, imitarea incretirii si descretirii fruntii, umflarea alternativa a obrajilor, retractia obrazului intre dinti spre interiorul cavitatii bucale.

- **Motricitatea linguala** joaca un rol esential in pronuntia sunetelor deoarece la fiecare sunet limba se dilata, se contracta, ia forme diferite si ocupa alte pozitii in cavitatea bucala. Pentru dezvoltarea motricitatii linguale se recomanda urmatoarele exercitii: scoaterea limbii neincordate si latite intre dinti si buze, in asa fel incat sa atinga cu marginile sale comisurile bucale, scoaterea limbii incordate si ascutite din gura sub forma de sageata, scoaterea alternativa a limbii: sageata - revenire la loc -lopata - revenire la loc, alternarea formei limbii in afara gurii: sageata, lopata, revenirea la loc, miscari antero - dorsale ale limbii: scoaterea limbii afara - retragerea ei la dinti; contractarea limbii in fundul cavitatii bucale unde formeaza un ghem de muschi, din care nu se mai distinge varful limbii - revenirea la loc, lipirea limbii latite de palat si desprinderea ei cu plescait, imobilizarea marginilor laterale ale limbii intre dinti, asa fel incat varful ei sa ramana liber pentru a se indoi in sus si in jos, ridicarea varfului limbii spre gingia superioara (t, d) - revenirea la loc si indoirea varfului limbii la gingia inferioara. Alte exercitii posibile pot fi: executarea de miscari circulare cu varful limbii pe suprafata buzelor, care se deschid si se departeaza cat mai mult, indoirea varfului limbii pentru a realiza miscari circulare pe suprafata dintilor, sub buze, constrictiunea limbii sub forma de jgheab.

Exercitiile pentru dezvoltarea motricitatii linguale trebuie sa fie executate la inceput cu gura deschisa. De preferinta se incepe cu miscarile mai usor controlabile, efectuate in afara cavitatii bucale, apoi se trece la

cele din interiorul ei. Aceste miscari se vor executa meticulos, fara graba si cu precizie.

- **Exercitiile pentru dezvoltarea motricitatii mandibulare** se folosesc, in special, la cei care au o muscatura deschisa, prognatism si progenie sau la cei cu traumatisme maxilo-faciale. Astfel de exercitii sunt: coborarea si ridicarea mandibulei, liber si prin opunere de rezistenta, in directia opusa miscarii de coborare, cu mana, coborarea in jos a mandibulei relaxate, miscari antero-posterioare ale mandibulei: impingerea mandibulei inainte - revenire la loc, cu expirare pe gura - retragerea maxilarului indarat -revenire la loc. Se mai poate folosi impingerea mandibulei inainte, urmata de retragerea ei indarat, tinand intre dinti un creion, care se ridica spre nas si se lasa in jos, urmand miscarile mandibulare, precum si miscari laterale cu mandibula: spre dreapta - revenire la loc, spre stanga - revenire la loc.

- **Pentru dezvoltarea motricitatii labiale** este necesar sa se foloseasca o serie de exercitii, pornind de la rolul important pe care-l joaca buzele in pronuntarea fiecarui sunet, silaba, cuvant. Exercitiile pentru dezvoltarea motricitatii labiale faciliteaza miscarile complexe de articulatie a sunetelor, avand un rol insemnat si in perceperea vorbirii prin labio-lectura, mai ales la cei cu dislalii audiogene si ele pot fi reprezentate de: intinderea buzelor lipite una de alta, ca pentru supt, retragerea buzelor, expunand pe cat posibil gingiile (ca pentru ranjet). Din aceasta pozitie se pronunta sunetele: "i", "s", "z". La revenirea buzelor la loc se pronunta sunetele: "p", "b", "m". Miscarea de extensie a buzelor ca pentru rictus se poate intui prin intinderea unui elastic, plasat in fata cavitatii bucale. Alternarea miscarilor celor doua buze, vibratia buzelor, imitand foraitul cailor, miscarile de lateralizare a buzelor si de rotire a lor, precum si pronuntia cat mai rapida in serie, cu maxilarele stranse a silabelor ba, bi,bu

BCU "IOAN SLAVICI" LIBRARY

si Pa> pi> Pu sunt alte tipuri de exercitii utilizate pentru corectarea tulburarilor de limbaj.

- **Exercitiile pentru dezvoltarea motricitatii valului palatin** se aplica in special la cei cu pronuntie nazala. Se pot folosi in acest caz urmatoarele exercitii: cascatul disimulat, provocarea reflexului de sufocare, stimuland ridicarea automata a valului palatin prin atingere cu spatula (sau cu o lingurita), pronuntarea prelungita a vocalei "a".

- **Exercitiile pentru dezvoltarea motricitatii laringuale** sunt si ele necesare, desi laringele nu indeplineste o functie articulatorie directa, exceptand unele sunete vicariante, laringuale, cu rol compensator, la cei cu despicaturi palatine. Cu toate acestea, prin usoarele sale deplasari si schimbari de pozitie, el modeleaza activ la pronuntia sunetelor cavitatea faringiana. Ridicarea usoara a laringelui in sus la pronuntia sunetelor de tonalitate inalta (i, e, z) este precedata de contractia si de ingustarea, iar coborarea la pronuntia sunetelor joase (u, r, l), de decontractia si de marirea volumului cavitatii faringiene.

- **Educarea respiratiei si a echilibrului dintre inspir si expir** are un rol important si in pronuntie. In timpul expirului, suflul face sa vibreze coardele vocale necesare pentru producerea sunetelor. Presiunea expirului si a inspirului se modifica in functie de fiecare sunet. Pentru pronuntarea consoanelor surde este nevoie de o presiune expiratorie mai accentuata decat la pronuntia consoanelor sonore. La copiii cu tulburari de vorbire, musculatura necesara actului de respiratie nu este suficient de dezvoltata din cauza lipsei de exersare naturala.

Se disting doua tipuri de respiratie in functie de sex: la barbati o respiratie costo-abdominala, in care rolul hotarator pentru realizarea expirului si inspirului il joaca muschii abdominali si costali inferiori, iar la

femei predomina respiratia de tip toracic, manifestata prin contractia si relaxarea preponderenta a cutiei toracice. La copii, pe langa faptul ca respiratia nu se desfasoara in mod ritmic, nu exista nici o diferentiere neta intre cele doua tipuri de respiratie caracteristice sexului respectiv. in desfasurarea exercitiilor de respiratie trebuie sa se respecte anumite indicatii metodice: particularitatile de varsta (cu copiii prescolari Si partial cu cei din clasele I-II, exercitiile trebuie sa se desfasoare sub forma de joc, in timp ce la copii mai mari exercitiile au un caracter didactic), cerintele igienico-sanitare (exercitiile sa se desfasoare in cabinete bine aerisite, cu ferestrele deschise, sau in curte, durata si intensitatea exercitiilor sa fie dozate in dependenta de rezistenta copiilor, pentru a preveni instalarea oboselii, iar in unele cazuri chiar si a ametelii).

Exemple de exercitii de respiratie la scolari: inspir scurt si adanc, expir lung si uniform pe gura si apoi pe nas, inspir scurt si expir lung intrerupt de doua pauze: inspir, expir, pauza, expir, pauza, expir etc. in continuare aceste exercitii se realizeaza prin asocierea unor miscari de brate. Se ridica bratele rapid in sus si se inspira adanc, apoi se coboara incet si uniform, expirand. in timpul pauzei expiratorii, bratele se opresc pe loc si se coboara odata cu terminarea acesteia, concomitent cu reluarea expirului. in realizarea acestor exercitii se va urmari sa nu se faca pauze intre inspir si expir, si, dimpotriva, intre expir si inspir sa existe o apnee de cateva secunde. Indicatia este utila mai ales la prevenirea spasmului diafragmatic ce se instaleaza la balbaiti in timpul pauzei dintre inspir si expir.

Treptat, exercitiile de respiratie se asociaza cu pronuntia sunetelor. Expirul aerului se produce prin pronuntia vocalelor sau a consoanelor siflante. Sub aceasta forma se sesizeaza mai usor daca dislalicul expira

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA

uniform sau iroseste unda respiratorie neeconomic. in primul caz, intensitatea vocii este uniforma pe tot timpul fonatiei, pe cand in cel de al doilea caz se produce o slabire a ei. Dupa exersarea sunetelor se trece la pronuntia de propozitii pe un singur expir. Exercitiile se aplica prin repetare, de cinci pana la zece ori. Durata lor variaza la inceputul sedintelor logopedice de la 2 minute pana la 5 minute.

- **Educarea auzului fonematic**, adica a capacitatii de a identifica si diferentia sunetele limbii, contribuie, alaturi de alte elemente, la realizarea unei pronuntari corecte.

Tulburarile auzului fonematic pot merge de la incapacitatea diferentierii sunetelor, sau numai a unora, pana la imposibilitatea perceperii chiar a silabelor si cuvintelor ca unitati specifice limbajului. Multi dislalici dispun de capacitatea motrica necesara articulatiei corecte a sunetelor si fara indoiala le-ar si realiza, daca auzul lor nu s-ar fi deprins cu pronuntia defectuoasa. in aceste cazuri, dificultati[illegible]e pronuntie nu se gasesc in organele de articulatie, care pe o anumita treapta a evolutiei ontogenice au realizat sunetele respective, ci in deficiente ale auzului fonematic.

În realizarea pronuntiei corecte, dislalicul trebuie sa efectueze, pe Ae O parte, o comparatie intre propria sa pronuntie receptionata de la persoanele din jurul sau, iar pe de alta parte, el trebuie sa realizeze un autocontrol, pe baza auzului, asupra emisiilor vocale. Deficientele auzului fonematic fac imposibil autocontrolul auditiv si, in cazul acesta, dislalicul face eforturi de indreptare a vorbirii pe baza motrico-kinestezica a aparatului de emisie. Daca la inceput dislalicii nu-si dau seama de pronuntia lor defectuoasa, pe masura ce se efectueaza exercitii pentru dezvoltarea auzului fonematic ei devin constienti de tulburarea respectiva

si fac eforturi de inlaturare a ei. Prin urmare, in corectarea dislaliei este necesar sa se acorde o atentie mai mare dezvoltarii auzului fonematic. Printr-o corectare inadecvata, care nu tine seama de rolul auzului fonematic in perceperea si reproducerea corecta a sunetelor, se poate obtine chiar un efect contrar celui scontat, si anume se poate contribui la fixarea si consolidarea unor defecte de articulatie.

În munca logopedica de corectare a dislaliei trebuie sa acordam o importanta primordiala exercitiilor de sesizare a propriilor greseli de articulatie. Astfel de exercitii pentru sesizarea propriilor greseli de pronuntie sunt: inregistrarea pe banda de magnetofon a cuvintelor care contin sunetele ce se exerseaza, pronuntate de catre logoped si de catre dislalic si reproducerea lor pentru a sesiza prin comparatie diferenta dintre el, dictari de cuvinte sau de propozitii in care apar frecvent sunetele pronuntate defectuos, exercitii de pronuntie a logopedului intr-o ureche concomitent cu pronuntia proprie in cealalta.

Exercitiile folosite pentru emiterea corecta a sunetelor sunt de tipul reproducerii sunetelor onomatopeice (sss - locomotiva, sss - sarpele, gasca, vjjj - vantul etc).

Uneori, in corectare, se merge pe un drum invers in comparatie cu cursul dezvoltarii normale a pronuntiei la copii, care mai intai, aud sunetele, iar apoi, imitandu-le, le pronunta. Dislalicul articuleaza mai intai, apoi aude ceea ce pronunta, perfectionandu-si treptat perceptiile auditive si pronuntia. Exercitiile de articulatie se desfasoara, la inceput, cu excluderea auzului, prin diferite mijloace de mascare a sunetului, si numai dupa ce a fost elaborata pronuntia se asociaza impresia acustica. Confuziile, inlocuirile, inversarile de sunete si agramatismele copiilor dislalici, exteriorizate frecvent si in scris si citit, constituie simptome ale

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

dezvoltarii deficitare a capacitatii de analiza si sinteza fonetica. in cadrul lectiilor logopedice, pentru corectarea acestor deficiente, se aplica exercitii sistematice de dezvoltare a analizei si sintezei constiente a componentei fonematice a cuvintelor. Prin efectuarea acestor exercitii, dislalicul invata sa auda si sa distinga clar sunetele din cuvant in ordinea succesiunii lor normale, ceea ce contribuie la insusirea pronuntiei corecte a sunetelor izolate, a structurii morfologice a cuvintelor si a aspectului gramatical al limbii. Exercitiile de dezvoltare a capacitatii de analiza si sinteza fonetica trebuie sa tina seama de particularitatile de varsta ale copiilor. Copiii mici si chiar analfabetii nu pot sa desparta cuvantul in elementele sale fonematice. Substanta sonora a cuvantului le apare, pe baza perceptiei global-structurale, indivizibila.

Cuvantul fiind pentru copil cea mai mica unitate cu sens si nu fonemul, lectiile de dezvoltare a capacitatii de analiza si de sinteza fonematica trebuie sa inceapa cu diferentierea si separarea cuvintelor din propozitie. Copilul trebuie sa invete sa distinga si sa reproduca precis fiecare cuvant din propozitia ce se exerseaza.

La dislalici sunt eficace pronuntarea, diferentierea si identificarea cuvintelor sinonime si paronime. E.Verza considera ca pentru dezvoltarea auzului fonematic sunt mai importante exercitiile in cuvinte decat pronuntarea sunetelor izolate. Cuvintele care se folosesc pentru consolidarea sunetelor invatate si a propozitiilor care cuprind grupuri de asemenea sunete folosesc si la dezvoltarea auzului fonematic.

- **Educarea personalitatii logopatului** (persoanei cu tulburare de limbaj)

Acest proces trebuie sa inceapa o data cu corectarea tulburarii de limbaj, indiferent de varsta logopatului, dar este, in primul rand, necesara

la copiii de varsta scolara si, in special, la cei care se afla in perioada pubertatii si adolescentei.

La aparitia tulburarilor de personalitate contribuie adeseori, fara ca ei sa-si dea seama, parintii si educatorii (prin apostrofarea si solicitarea insistenta a copiilor sa vorbeasca corect), atitudinea colegilor de ridiculizare si ironizare determinandu-i pe cei cu deficienta sa devina retrasi si inchisi in ei insisi.

In aceasta situatie, educarea personalitatii trebuie sa urmareasca:

a) redarea increderii in propriile posibilitati;

b) crearea convingerii ca tulburarea de limbaj nu presupune un deficit intelectual;

c) crearea convingerii ca ea este o tulburare pasagera care poate fi corectata;

d) crearea increderii in logoped;

e) inlaturarea negativismului si redarea optimismului.

Pentru indeplinirea acestor obiective un rol important il are inregistrarea vorbirii logopatului la inceputul tratamentului logopedic si apoi, periodic, pe masura obtinerii unor rezultate pozitive in activitatea de corectare, chiar daca acestea sunt numai partiale. Astfel, acesta va putea sa-si asculte vorbirea din prima inregistrare si sa o compare cu inregistrarile ulterioare, ceea ce ii da incredere in sine si in logoped si optimismul ca aceasta tulburare poate fi corectata.

Un rol important il are si atitudinea parintilor, profesorilor si a colegilor fata de aceasta persoana. in acest sens, logopedul trebuie sa le explice ce inseamna tulburarea pentru copil, faptul ca ea poate fi corectata, ca ei trebuie sa manifeste intelegere si tact.

BCU "SAPIENTIA" UNIVERSITY LIBRARY

E. Verza considera ca rezultatele cele mai bune in educarea personalitatii le are psihoterapia. Pentru aplicarea psihoterapiei trebuie sa se aiba in vedere: etiologia si simptomatologia deficientei de limbaj, varsta persoanei, particularitatile personalitatii ei, nivelul sau de cultura si de dezvoltare intelectuala. Prin psihoterapie se urmareste inlaturarea fricii patologice de a vorbi si a sentimentului de inferioritate. Subiectul trebuie convins ca poate vorbi bine si ca sensibilitatea sa exagerata este nejustificata. Psihoterapia are la baza o serie de metode si tehnici psihopedagogice care se folosesc in vederea restabilirii echilibrului psiho-fizic al logopatului, incercand sa stearga din mintea subiectului cauzele care au declansat tulburarea, sa inlature si sa previna unele simptome, creand in felul acesta, conditii favorabile pentru actiunea altor procedee logopedice in cadrul unui tratament complex.

Psihoterapia poate fi aplicata individual, mai ales la inceput, dar si in grup. La constituirea grupului este foarte important sa se tina seama de varsta logopatilor, de nivelul lor de cultura, de gradul de inteligenta, de tipul de deficienta si de cauzele care au declansat-o. Forma sub care se poate utiliza psihoterapia este aceea a unor discutii, a prezentarii unor filme, continand imagini linistitoare si semnificative, insotite de discutii, a ascultarii muzicii cu caracter linistitor, a ascultarii cu ajutorul inregistrarilor a progreselor realizate in vorbire, a utilizarii sugestiei si a hipnozei, a jocurilor (la varstele mici). R.Schilling foloseste "jocul curativ logopedic", in cadrul caruia copii se substituie poetilor, regizorilor si actorilor. La inceput sunt mute, rezumandu-se doar la miscare, pentru ca treptat sa se ajunga la sunete si zgomote (imitarea unor animale insotite de miscarile corespunzatoare, zgomotul unor masini, a vantului), (a cantece si

la vorbire. Jocurile de miscare ajuta la folosirea gesturilor expresive in timpul vorbirii, apelative si indicative.

Psihoterapia nu trebuie limitata numai la cel ce sufera de o deficienta, ci ea se extinde si asupra persoanelor cu care logopatul vine in contact: parinti, frati, surori, rude. Astfel, activitatea psihoterapeutica este continuata pe un alt plan (in cadrul familiei), ceea ce exercita o influenta favorabila asupra subiectului si prin aceasta, asupra rezultatelor finale qf psihoterapiei.

B. Metode si procedee specifice logopedice

În functie de fiecare tip de deficienta de limbaj in parte, exista o serie de metode specifice.

1. Pentru corectarea dislaliei, prima conditie a reusitei muncii logopedice o constituie castigarea interesului si a increderii in tratamentul aplicat, prin stabilirea unor raporturi favorabile, de apropiere dintre logoped si dislalic. Pentru a se realiza acest deziderat trebuie evitat formalismul, care se manifesta, mai ales in primele faze ale mutj logopedice, prin neglijarea particularitatilor de varsta si individuale ale persoanelor cu care se lucreaza.

- Un prim pas il constituie formarea sunetului din nou. Modelul gresit nu se corecteaza, ci se elaboreaza de la inceput un model nou de pronuntie a sunetului. intotdeauna exersam un sunet nou si numai dupa aceea il introducem in vorbire.

- Apoi, sunetul nou este derivat dintr-un alt sunet corect articulat. Se recurge la sunetele asemanatoare, pe care dislalicul le pronunta corect. Din aceste sunete "ajutatoare" se formeaza treptat sunetele noi corecte, care le inlocuiesc pe cele gresite.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

- Formarea autocontrolului auditiv asupra pronuntiei este urmatoarea etapa. Sunetele formate din sunete ajutatoare, oricat d apropiate ar fi sub aspect fiziologic, se deosebesc prin efectul lor acustic Sunetele se formeaza kinestezic si se fixeaza prin autocontrol- auditii.

Diferentierea auditiva a noului sunet se sprijina pana cand se elaboreaza controlul auditiv asupra mecanismului de articulatie pe diferentierea motrico- kinestezica.

- Evitarea efortului neuro - muscular. Toate exercitiile logopedice trebuie sa fie realizate cu un minimal efort neuro - muscular. Exercitiile de articulatie trebuie sa se realizeze fara exagerari, relaxat, cu o cat mai mica incordare neuro - musculara. Miscarile articulatorii obtinute trebuie sa fie cat mai naturale. Pentru evitarea hiperfunctiilor n – musculare si a miscarilor de prisos, exercitiile de articulatie a sunetelor se recomanda sa fie executate la inceput in soapta si numai apoi sonor, cu voce. Lectiile logopedice sunt obositoare atat pentru copil cat si pentru logoped. Pentru evitarea oboselii se recomanda sa se faca exercitii de scurta durata (2' - 3'), repetate des, prin alternarea cu exercitii de atentie, de memorie, de scris,etc. Pentru crutarea fortelor, se recomanda ca logopedul, la lectiile de articulatie, sa vorbeasca din cand in cand in soapta. Prin aceasta se obtine un triplu avantaj. Aude mai bine pronuntia copilului dislalic, cand se exerseaza concomitent. Vocea sa nu e suprasolicitata. Prin pronuntia in soapta, atentia dislalicului se indreapta mai intens, decat atunci cand se pronunta sonor, asupra gurii logopedului.

2. <u>Pentru corectarea rinolaliei se recomanda parcurgerea mai multor etape:</u>

- Etapa pregatitoare consta in aplicarea metodelor si procedeelor de pregatire psihica pentru activitatea logopedica.

- Crearea unui tonus afectiv favorabil corectarii rinolaliei.

- Exercitii logopedice dupa principiul corectarii dislaliei, pentru ameliorarea sunetelor afectate si consolidarea lor in cuvinte.

3. Terapia balbaielii

Exista trei tipuri de terapii care pot fi utilizate cu succes:

- **Terapia simptomatica**, care consta in reeducarea componentelor vorbirii: respiratie, fonatie, pronuntie, printr-o serie de exercitii, precum cele de gimnastica generala (asociata cu pronuntia), de educare a respiratiei, a ritmului vorbirii, de invatare a vorbirii expresive.

- **Psihoterapia** care elimina conflictele psihice si restructureaza personalitatea subiectului (relaxare, hipnoza, sugestie, ludoterapie, socioterapie, terapia ocupationala).

- **Terapia complexa** care imbina primele doua tipuri de terapii. Logopedul trebuie sa aleaga o anumita metoda de terapie in functie de vechimea balbaielii, de tulburarile asociate acesteia si de personalitatea logopatului.

4. Terapia tuburarilor de voce

In cazul disfoniilor (afonia si fonastenia), mai intai se fortifica organismul din punct de vedere fizic (administrare de vitamine) si psihic (psihoterapie). Educarea vocii prin exercitii se face dupa odihnirea corzilor vocale pentru o anumita perioada de timp. Aceste exercitii sunt: de expiratie simpla, de expiratie cu silabe si de expiratie cu vocale. Vocea de cap se corecteaza prin reglarea emisiei vocale pe registrul mediu. Vocea oscilanta se corecteaza prin reglarea registrului normal al vocii, demonstrarea pozitiei corecte a capului, invatarea pastrarii echilibrului intre aerul din plamani si cel din afara.

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Vocea grava se educa pe cale intuitiva (auditiva, vibro-tactila, vizuala).

Vocea inspirata se educa prin reglarea intensitatii si presiunii aerului expirat prin exercitii de gimnastica fono-articulatorie, de inspir-expir, de expiratie cu vocale, silabe, cuvinte, propozitii.

Vocea ragusita se corecteaza numai dupa vindecarea organelor fonatoare atunci cand au existat imbolnaviri ale acestora sau dupa odihnirea corzilor vocale. Exercitiile se fac cu voce soptita sau de intensitate medie pentru evitarea raguselii.

Vocea nazala se educa prin exercitii de corectare a auzului, pentru a diferentia vorbirea corecta de cea gresita.

Hipotonia valului palatin se corecteaza prin exercitii de deglutitie, tuse provocata, ridicarea si coborarea capului, gargara cu capul dat pe spate, suflare in diferite obiecte, fluierat etc.

5. **Terapia dislexo-disgrafiei** in corectarea dislexo-disgrafiei se urmaresc ca **obiective principale:**

a) **in terapia dislexiei:**

Etapa premergatoare

- corectarea tulburarilor de schema corporala;
- corectarea tulburarilor de lateralitate;
- corectarea tulburarilor de organizare si structurare spatio-temporala;
- dezvoltarea aptitudinilor necesare in actul lexic;
- identificarea, discriminarea si memorarea fonemelor.

Etapa literei are doua planuri: fonetico-auditiv si grafo-fonetic, constand in recunoasterea si identificarea literei in cuvant (fonemul si apoi grafemul).

Etapa silabelor consta in: operare cu silabe, recunoasterea fonemului cu grafemul din carte, identificare, compunere (pronuntia silabei din doua foneme diferite), descompunere.

Etapa cuvintelor

- analiza si sinteza cuvantului (descompunerea cuvantului in silabele anterior invatate si compunerea silabelor in cuvinte);

- recunoasterea cuvantului (recunoasterea silabelor ce alcatuiesc cuvantul);

- identificarea cuvantului (citirea lui);

- operarea cu cuvinte.

Etapa propozitiilor consta in recunoasterea cuvintelor ce alcaź tuiesc propozitiile (analiza si sinteza propozitiilor - descompunerea propozitiilor in cuvintele componente etc.).

b) **in terapia disgrafiei:**

- Faza desenului (mazgalitura, desenul explicativ).

- Pregatirea pentru scris consta in: maturizarea motorie (motricitate generala, coordonare oculo-motorie, motricitate fina -mobilitatea mainii, lateralitate), maturizare cognitiva (notiunea de forma - cerc, dreapta, curba, notiuni spatiale - sus/jos, fata/spate, notiuni spatio-temporale - inainte/dupa), maturizarea afectiva (interes pentru scris).

Initiere in scriere - reproducerea semnelor grafice, a insusirilor acestora, a elementelor componente ale semnelor grafice, perfectionarea semnelor scrise, intelegerea lor.

Unele procedee didactice eficiente folosite în însușirea scrierii de către copiii cu deficiențe

Autorii care s-au ocupat de studiul scrierii au încercat să o definească, pornind de la criteriul materializării ei, astfel:

❖ G. Ferrier „scrisul este un procedeu de care ne slujim astăzi pentru a imobiliza şi fixa limbajul articulat, fugitiv prin însăşi esenţa sa".

❖ M. Cohen consideră scrisul ca pe o „reprezentare vizuală şi durabilă a limbajului, care face ca aceasta să potă fi transportat şi conservat.

❖ M. Montessori sesizează faptul că „analiza miscări- lor unei unei mâini care scrie arată că unele mecanisme ale motricităţii se referă la mânuirea instrumentului cu care se scrie, iar altele la trasarea formei fiecărei litere în parte".

Pornind de la cerinţele fiziologice ale scrierii dificultăţii motrice ale infirmilor motori cerebral, s-au încercat modalităţi de compensare care ar putea facilita însuşirea scrisului. S-a încercat ca în realizarea scrierii să se renunţe la condiţiile fiziologice clasice, recurgându-se la o scriere în care să se elimine participarea unora din muşchii falangelor sau unele articulaţii prin întrebuinţarea unui „degetar" prins de unul din degetele considerate valide şi mai agile, de preferinţă arătătorul sau mijlociul. Pentru asigurarea unei percepţii vizuale mai bune, pentru asigurarea unui autocontrol, degetarul a fost prevăzut cu o pâslă relativ groasă, care să traseze linii vizibile.

În estimarea avantajelor acestui procedeu s-a cerut celor trei loturi de subiecţii I.C.M.; disgrafici, normali să copieze câteva desene efectuate pe cartonaşe, să le execute cu degetul, apoi cu creionul sau cu pixul obiţnuit.

La unii infirmi motori cerebral învăţarea scrierii la maşină s-a impus ca singura modalitate de învăţare a scrierii. Utilizarea maşinii de scris a fost determinată de unele aspecte cum ar fi prezenţa, pe lângă a unor dificultăţi motrice, a unor dizartrii, anartrii, nu există posibilitatea ca, informaţiile precedente să fie materializate şi nici verificate.

Dar folosirea maşinii de scris pe lângă unele avantaje (elevul, selectiv, alege literele, apăsarea clapei literei respective), prezintă şi anumite cerinţe (aranjarea hârtiei în maşină trebuie efectuată de o altă persoană, transportul maşinii, aranjarea pe mese speciale).

Se recomandă scrisul la maşină numai când sunt evidente tulburările neurologice ale membrelor superioare, când sunt afectate articulaţiile umerilor, pumnilor şi mâinilor.

O altă modalitate de învăţare a scrisului poate fi utilizarea picioarelor. Se învaţă mai întâi majusculele în dimensiuni mai mari, cu o grafie mai simplificată.

Th. Ruch şi J. Fulton sunt de părere că educarea, utilizarea şi antrenamentul pot ridica nivelul de funcţionare a „aparatului" deficient, dar este cu totul îndoielnic ca acele căi şi arii corticale, care mai înainte nu au muşchi să poată face acest lucru după apariţia unei leziuni.

În privinţa dominanţei laterale, la infirmii motori cerebral, se pune problema: care ar fi fost dominanţa emisferică întrucât foarte de timpuriu a trebuit sa se servească de singura mână disponibilă.

Ca metodă de cercetare a scrierii la hemiplegicii contrariaţi o constituie utilizarea scrierii din cuburi (cuburi alfabetice) sau scrierea pe cartoane izolate. Folosind această probă, Leischner a arătat că înţelegerea sensului cuvântului şi înţelegerea formei cuvântului sunt două facultăţi independente.

Putem afirma că şi în cadrul infirmităţii motrice cerebrale, cât şi în rândul disgraficilor se pune problema dexterităţii manuale care diferă de la caz la caz, chiar atunci când, atât diagnosticul, cât şi cauzele producerii afecţiunii, a timpului când a survenit sunt relativ identice. Mijloacele de compensare sunt diferite şi se impune depistarea acestor aptitudini, luarea

de măsuri pedagocice şi ergoterapeutice, ca prin exersare să fie valorificate.

Marea plasticitate a sistemului nervos central explică în mare măsură fenomenele de recuperare; structurile învecinate celor lezate preiau funcţia lezată prin actiunea vicariantă a celuilalt emisfer cerebral, prin factori individuali ca: vârstă, starea bolnavului anterioară îmbolnăvirii etc.

Posibilitatea transferului functiei tulburate pe seama structurilor sănătoase normale depinde de localizarea focosului lezional (ex: ariile motorii, senzitive şi ale vorbirii) posibilitatea unui astfel de transfer este minimă.

6. Terapia alaliei

Obiectivele terapeutice pentru recuperarea alaliei sunt generale si operationale.

Obiective terapeutice generale:

- elaborarea, organizarea si dezvoltarea limbajului ca sistem funda mental al vietii psihice;

- activitatea logopedica, care influenteaza: disfunctiile motorii/de receptie ce stopeaza dezvoltarea limbajului, dezvoltarea psihica a copilului, cu consecinte asupra proceselor psihice prin care se edifica limbajul (atentia, memoria, gandirea);

- formarea functiei de comunicare a limbajului.

Obiective terapeutice operationale:

- deblocarea aparatului fonoarticulator;

- pregatirea organelor fonoarticulatorii pentru pronuntie;

- pregatirea copilului pentru receptionarea vorbirii prin centrarea privirii asupra vorbitorului si formarea atentiei auditive;

- invatarea componentelor limbii: fonetica, vocabular, structura gramaticala;

- dezvoltarea coordonarii motorii;

- invatarea orientarii in spatiu si a schemei corporale.

Elaborarea, organizarea si dezvoltarea limbajului presupune o serie de etape:

Etapa fonematica consta in intarirea sunetelor ce exista deja, imitarea sunetelor noi, emiterea unor onomatopee. **Etapa denumirii** presupune ca in alalia motorie sa se denumesca cuvinte formate din silabe duble: mama, baba, papa, cuvinte cu silabe duble in care consoana se repeta si cu vocale diferite: mami, pipa, pupa, cuvinte cu o silaba care incep cu o vocala si se termina cu o consoana: am, an, ac etc. in alalia senzoriala, terapia incepe cu acele cuvinte care desemneaza obiecte concrete, din jurul subiectului, ce fac parte din viata acestuia: partile corpului (cap, ochi, nas, gura), familia (mama, tata), jucariile (cub, minge), alimentele pe care le mananca, pasari (pui, rata), animale (vaca, cal, pisica), obiecte de mobilier (masa, scaun, dulap). Denumirea se invata cu ajutorul jucariilor, imaginilor etc.

Etapa sintezei consta in structurarea vorbirii in propozitii (dupa ce copilul a invatat aproximativ 30 de cuvinte).

Etapa extensiei propozitiei presupune invatarea structurii propozitiei: subiect-predicat-complement.

Etapa limbajului expresiv largit se refera la invatarea prepozitiilor, pronumelor personale, substantivelor, verbelor, etapa limbajului dialogat, povestirea dupa imagini, diafilme si conversatia libera fiind alte faze importante pentru recuperarea alalicilor.

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tehnici de recuperare posibile:

- Exercitii de intelegere a semnificatiei vorbirii (sa arate partile corpului, sa arate anumite obiecte, sa execute sarcini simple etc).

- Identificarea stimulilor sonori (sa recunoasca dupa auz - stand cu spatele - sursa sonora, vocea cuiva cunoscut, a directiei din care s-a emis un sunet).

- Structurile fonetice - exercitii cu vocale (inaltimea, intensitatea, durata acestora), exercitii de diferentiere a vocalelor surde de cele sonore, exercitii de diferentiere a sunetelor care se confunda: c-t, p-f, s-t etc. Aceste exercitii se pot insoti de batai din palme sau de muzica si se adapteaza posibilitatilor copiilor.

- Dezinhibarea si educarea motorie constau in exercitii de mobilitate buco-linguo-faciala, exercitii de educare a gesturilor simple, utile, exercitii de gimnastica a membrelor si a trunchiului.

7. Terapia retardului de limbaj

Obiectivele principale care se urmaresc in acest caz sunt imbogatirea vocabularului, activarea vocabularului pasiv, dezvoltarea corectitudinii si complexitatii vorbirii, dezvoltarea expresivitatii vorbirii, dezvoltarea capacitatii de a povesti intamplarile prin care trece.

Etapele activitatii terapeutice in retardul de limbaj: Psihoterapia care precede celelalte procedee si care se desfasoara pe toata durata terapiei. Aceasta urmareste: stabilirea echilibrului afectiv si neuropsihic al copilului, inlaturarea fixarii atentiei copilului pe propria vorbire, dezvoltarea motivatiei pentru comunicare verbala. Se poate folosi muzica in exercitiile fonetice.

Modelul stimularii lingvistice: comunicare verbala permanenta parinti-copil, claritatea, corectitudinea vorbirii, incarcatura afectiva a

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

vorbirii parintilor. Se inlatura din jurul copilului persoanele cu tulburari de limbaj, persoanele irascibile, nervoase, obosite.

Rezumat. Prin tulburare de limbaj intelegem toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestarile verbale tipizate, unanim acceptate in limba uzuala, atat sub aspectul reproducerii, cat si al perceperii, incepand de la dereglarea componentelor cuvantului si pana la imposibilitatea totala de comunicare orala sau scrisa

Tulburarile de limbaj se diferentiaza de particularitatile vorbirii individuale; acestea din urma reprezinta variatii in limitele normalului ale limbajului. Handicapurile de limbaj apar prin actiunea unor procese complexe in perioada intrauterina a dezvoltarii fatului, in timpul nasterii sau dupa nastere.

Exista cauze ale tulburarilor de limbaj care pot actiona in timpul sarcinii (ex. diferitele intoxicatii si infectii, sarcina toxica, cu varsaturi si lesinuri dese, bolile infectioase ale gravidei etc), in timpul nasterii (nasterile grele si prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixierile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoartei cerebrale, hemoragiile prelungite din timpul sarcinii etc), cauze care actioneaza dupa nastere (post-natale) {organice, functionale, psiho-neurologice, psihosociale, alte cauze).

O clasificare a tulburarilor de limbaj este cea elaborata de E. Verza (1982), clasificare care tine seama de mai multe criterii in acelasi timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologie si psihologic, potrivit careia exista: tulburari ale pronuntiei (dislalie, rinolalie, dizartrie), tulburari de ritm si fluenta a vorbirii (balbaiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburari pe baza de coree), tulburari de voce (afonia, disfonia, fonastenia), tulburari ale limbajului citit-scris (tulburari totale -

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

agrafia si alexia si tulburari partiale -disgrafia si dislexia), tulburari polimorfe de limbaj (afazia, alalia), tulburari de dezvoltare a limbajului (mutismul psihogen si retardul sau intarzierea in dezvoltarea generala a vorbirii) si tulburari ale limbajului bazate pe disfunctii psihice (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii). Orice abatere de la normele prestabilite ale bazei de articulare, se situeaza in domeniul tulburarilor de pronuntie, dintre care dislalia ("pelticia" in popor) este cea mai frecventa si reprezinta 90% din totalul tulburarilor de limbaj. Rinolalia (in popor numita ,fonfaiala", adica vorbire pe nas) este o forma a dislaliei, de aceea se mai numeste si dislalie "organica", constand in pronuntarea nazonata a sunetelor. Dizartria se manifesta printr-o vorbire confuza, disritmica, disfonica, cu o pronuntata rezonanta nazala in care monotonia vorbirii se imbina cu pronuntarea neclara. C.Stanica si E.Vrasmas definesc balbaiala ca fiind o tulburare a vorbirii ce se manifesta prin "dezordini intermitente ale pronuntiei, repetari convulsive si blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificultati in articularea unor cuvinte". De fapt, balbaiala este o tulburare de ritm a vorbirii si consta in repetarea unor silabe la inceputul si mijlocul cuvantului, cu pauze intre acestea, sau aparitia spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator, care impiedica desfasurarea vorbirii ritmice si cursive. Logonevroza este o alta tulburare de ritm si fluenta a vorbirii si presupune, pe langa o repetare a sunetelor, silabelor si cuvintelor, de batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii fata de vorbire, de mediul inconjurator si o prezenta a spasmelor, incordarii, a unei preocupari exagerate fata de propria vorbire. Caracteristica acestei tulburari este logofobia (teama crescuta de a vorbi, mai ales in public sau in conditii de stres emotional). Tahilalia este caracterizata printr-o vorbire exagerat de rapida si care apare frecvent la

persoane cu instabilitate nervoasa, cu hiperexcitabilitate, in timp ce bradilalia se manifesta printr-o vorbire rara, lenta, incetinita, cu exagerari maxime a acestor caracteristici in oligofrenie. Aftongia ia nastere atunci cand, in muschii limbii, se produce un spasm tonic, de lunga durata, iar tulburarile coreice sunt determinate de ticuri nervoase sau coreice ale muschilor fonoarticulatori, mimicii, care se manifesta concomitent cu producerea vorbirii. Tulburarile vocii sunt distorsiuni ale spectrului sonor ce se refera la: intensitatea, inaltimea, timbrul si rezonanta sunetelor, (C.Stanica, E.Vrasmas,1997), cele mai frecvente fiind: vocea de cap, vocea oscilanta, vocea grava, vocea ragusita, afonia, fonastenia etc. Tulburarile de limbaj scris-citit sunt incapacitati paradoxale totale in invatarea si formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacitati partiale denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existentei unor factori psiho-pedagogici necorespunzatori sau neadecvati la structura psihica a individului, a insuficientelor in dezvoltarea psihica si a personalitatii, a modificarilor morfo-functionale de la nivelul sistemului nervos central, a deficientelor spatio-temporale si psihomotricitatii, a nedezvoltarii vorbirii care se manifesta prin aparitia de confuzii frecvente intre grafemele si literele asemanatoare, inversiuni, adaugiri, substituiri de cuvinte, sintagme, deformari de litere, neintelegerea completa a celor citite sau scrise, etc. (E. Verza,1983, p. 58). Tulburarile de scris-citit se pot clasifica in: partiale (disgrafia, dislexia) si totale (agrafia si alexia). Tulburarile de dezvoltare a limbajului sunt de doua tipuri: mutismul electiv, psihogen sau voluntar si intarzierile in aparitia si dezvoltarea limbajului. Tulburari de limbaj cu substrat neurologic sunt de doua tipuri: alalia si afazia, prima presupunand imposibilitatea de a vorbi din nastere, cu toate ca nu exista dificultati de ordin senzorial sau de

intelect mari care sa impiedice insusirea limbajului de catre copil, iar cea de-a doua reprezentand incapacitatea de a vorbi la o persoana care inainte avea comportament verbal normal

În corectarea acestor deficiente de limbaj se utilizeaza doua categorii de metode: unele de ordin general (gimnastica si miogimnastica corpului si a organelor care participa la realizarea pronuntiei, educarea respiratiei si a echilibrului dintre inspir si expir, educarea auzului fonematic si educarea personalitatii logopatului - persoanei cu tulburare de limbaj), iar alte metode sunt specifice fiecarei categorii de handicap de limbaj in parte.

Întrebări recapitulative

1. Care este diferenta dintre o vorbire normala si o tulburare de limbaj?

2. Care sunt cele mai frecvente tulburari ale limbajului si prin ce se caracterizeaza ele?

3. Enumerati cauze posibile ale dislaliei.

4. in ce consta deosebirea dintre mutism si mutenie?

5. Imaginati un demers de corectare a sigmatismului.

BIBLIOGRAFIE

1. Ajuriaguerra de J. Şi colab.(1980), Scrisul copilului, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

2. Boşcaiu,E.,(1983), Boşcaiu,E.,(1983), Balbaiala - prevenire si tratament, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti,.

3. Boşcaiu,E.,(1983), Îndrumator pentru dezvoltarea vorbirii in colectivitatile de copii (varsta anteprescolara), Universitatea Babes-Bolyai, Cluj-Napoca.

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

4. Boşcaiu,E.,(1973), Prevenirea si corectarea tulburarilor de vorbire in gradinitele de copii, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

5. Calmys ,(1967), Cum sa facem exercitii grafice, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

6.Casteilla,A.,(1977)., Scrierea cursiva moderna, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

7. Muşu,I.,Taflan,A.,(1997), Terapie educationala integrata, Ed. ProHumanitate, Sibiu.

8.Neveanu-Popescu,P.,(1978)., Dictionar de psihologie, Ed. Albatros, Bucuresti.

9. Păunescu,C., si altii, (1962), Intoducere in logopedie, vol. 1, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

10. Păunescu,C.,(1962), Dezvoltarea vorbirii copilului si tulburarile ei, E.S.D.P., Bucuresti.

11. Păunescu,C.,(1966), Tulburarile de vorbire la copii, Ed. Medicala, Bucuresti.

12. Păunescu,C.,(1977), Nervozitatea copilului, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti,.

13. Păunescu,C., si altii, (1967), Tulburarile limbajului scris, Bucuresti.

14.Sima,I.,Sima,M.,(1998), Psihopedagogie speciala - studii si cercetari, vol. I, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

15..Sima,I.(2002),Metodologia cercetării în psihosociopedagogie ,Sibiu,Ed.Alma Mater

16. Sima,I.(1995), Studii şi cercetări de psihopedagogie specială , vol.I.,Sibiu Ed.Universităţii „Lucian Blaga".

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

17. Sima ,I.,Sima,M.,(2002),Psihologie-partea a II-a,Ed. „Alma Mater"

18. Sima,I.(1998), Psihopedagogie specială . .I.,Bucureşti, EDP RA.

19. Sima,I.,Sima M.,(1998), Psihopedagogie , vol.I.,Bucureşti, EDP RA.

20. Sima,M(2005), Conflict şi frustraţie la adolescenţii cu debilitate mintală, comparativ cu adolescenţii normali, Sibiu,Editura „Psihomedia"

21.Sima,I.,Sima,M.,(2007),Tulburările de limbaj şi terapia lor, Sibiu,Ed."Psihomedia"

22. Stănică,C.,Vrăşmaş,E.,(1994), Terapia tulburarilor de limbaj, Bucuresti.

23. Verza E.,(1982) Ce este logopedia?, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti, .

24. Verza E.,(1977)., Dislalia si terapia ei, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

25. Verza E.,(1983)., Disgrafia si terapia ei, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

26. Verza E.,(1983) , Psihopedagogie speciala, manual pentru clasa a XIII-a, scoli normale, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

27. Verza E.,(1973) ., Conduita verbala a scolarilor mici, Ed. Didactica si Pedagogica, Bucuresti.

28. Verza E.,(1987)., Metodologii contemporane in domeniul defectologiei si logopediei, Ed. Universitatii Bucuresti

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3.6. Problematica psihopedagogiei tulburărilor de comportament (ETOPEDIA)

Comportamentul reprezintă latura relaţional-valorică a personalităţii, expresie a relaţiei dintre dezvoltarea psihică a personalităţii şi mediul ambiant în care trăieşte individul.

La solicitările mediului individul trebuie să dea răspunsuri cu caracter adaptativ, să înţeleagă şi să poată anticipa momentele mai importante, să acţioneze asupra mediului social pentru a se integra normativelor impuse, în scopul convieţuirii cu acesta. Astfel, subiectul se construieşte pe sine, se autodelimitează şi autoreglează prin raportări la cei din jur, adoptând atitudini specifice faţă de aceştia. De multe ori, posibilităţile de adaptare la cerinţele mediului social sunt reduse, dezadaptative şi de conflict, în raport cu parametrii sociali. În unele situaţii, mai ales în cazul tinerilor, formarea conştiinţei morale necesită o perioadă mai îndelungată de timp. Din punctul de vedere al semnificaţiei generale, formarea conştiinţei morale constituie un proces social complex, a cărei rezultantă validează eficienţa socializării umane, a integrării sociale armonioase în universul adulţilor, proces cu multe sinuozităţi şi contradicţii. Acest proces este dificil întrucât se confruntă cu o multitudine de probleme de evaluare, care nu pot fi elaborate şi soluţionate numai din punctul de vedere al educatorului, ci impun proiectarea prealabilă a unui context formativ, care să facă compatibile exigenţele educaţiei cu cerinţele specifice şi aspiraţiile proprii subiectului acestui proces.

BCU IAŞI CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

3.6.1. Etiologia şi formele tulburărilor de comportament

Deşi, într-o oarecare măsură, sunt trăite în plan intern, manifestările comportamentale prin efetele lor îşi pun amprenta pe caractristicile ce stau la baza declanşării acţiunilor respective, amplificându-le sau diminuându-le, fiecare individ formându-şi astfel un stil propriu comportamental. Indiferent de forma comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor), acesta se corelează cu particularităţile personalităţii şi cu tipurile de comunicare, devenind unic şi irepetabil, deoarece se structurează în raport de nucleul ereditar al energiei psihice.

Aşadar, există o serie de tulburări în planul intern:

- anxietăţi şi frustrări prelungite;
- instabilitate afectivă şi depresie;
- ostilitate şi neacceptarea colaborării cu cei din jur;
- dezvoltare afectivă slabă şi indiferenţă;
- izolare şi evitarea celor din jur;
- trăirea unor tensiuni exacerbate prin conştientizarea unor handicapuri;
- repulsie faţă de activitate;
- dereglări ale unor funcţii psihice etc.

Acestea determină tulburări comportamentale de forme şi intensităţi diferite, în funcţie de extinderea şi profunzimea dereglărilor interioare, instalându-se tulburări în planul extern:

- reacţii afective instabile (frică, mânie, furie, plâns şi râs nestăpânit etc.); agitaţie motorie şi mişcări dezorganizate;
- negativism şi apatie;
- teribilism şi infatuare;
- minciună şi spirit de contrazicere;

BCU "AS" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- furt şi vagabondaj;
- cruzime şi aberaţii sexuale etc.

În stabilirea etiologiei handicaprilor de comportament apar o serie de dificultăţi, deoarece există o mare varietate de factori negativi:

- predispoziţiile înnăscute;
- sechele datorate leziunilor cerebrale;
- modificările endocrine;
- disconfortul psihic;
- influenţele negative ale anturajului;
- lipsa de supraveghere;
- lipsa de autoritate/autoritatea tiranică a părinţilor;
- neantrenarea în activitate-părăsirea domiciliului-vagabondaj;
- carenţe afective/supraafectivitate/subestimare a Eului;
- lipsă de respect pentru activitatea celor din jur;
- slabă integrare în activitatea grupului.

Handicapurile de comportament au cea mai mare frecvenţă între 14-16 ani, ca apoi să se atenueze. Manifestările cu caracter aberant şi cu o frecvenţă mai mare ale băieţilor sunt mai evidente faţă de cele ale fetelor.

Adeseori se manifestă abateri comportamentale aparent simple, dar care semnifică formarea particularităţilor negative de personalitate, de exemplu:

✓ *minciuna* - în antepreşcolaritate nu semnifică un caracter negativ, ci o formă de adaptare la condiţiile nou ivite şi imitarea celor din jur, prin repetare devine o obişnuinţă, iar cu timpul se transformă într-o caracteristică negativă a personalităţii. Prin minciună subiectul separă realul de ireal, fie de a abate atenţia de la realitate sau de a induce în eroare pe alţii, fie de a-şi motiva sieşi propriul comportament;

BCU "IVAN CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

✓ *furtul* - în copilăria timpurie se manifestă sub o formă incipientă, prin obținerea într-un mod brutal a jucăriei partenerului, ca mai târziu să-și însușească jucăria pe furiș. La baza majorității furturilor se află un sentiment de frustrare cu pronunțate note de anxietate. Furtul efectuat în bandă îmbracă forme mai grave și uneori denotă, la tineri, o manifestare a teribilismului;

✓ *vagabondajul* - denotă o deteriorare gravă a comportamentului, cu evoluție spectaculoasă, dublată adeseori de prostituție și perversiuni sexuale. Cauza vagabondajului, de cele mai multe ori, este determinată de influențele negative exercitate asupra copilului de perceperea de către acesta a relațiilor anormale dintre părinți. Astfel, copilul poate fi tensionat de atmosfera morală nefavorabilă, destrămarea familiei, decesul unuia sau ambilor părinți, prezența unui părinte vitreg, alcoolismul părinților, abaterile comportamentale ale părinților etc. Situațiile respective pot fi provocate de un neajuns biopsihologic sau poate fi de natură economico-socială necorespunzătoare;

✓ *jaful* - este o tulburare de comportament foarte gravă și are loc sub amenințare sau ca act de violență. Situația este mai gravă când jaful se produce în bandă, deoarece astfel se evidențiază caracteristicile personalității dizarmonice;

✓ *fuga de acasă* - este în strânsă legătură cu vagabondajul, ca forme de manifestare a unui comportament tulburat. Mai frecvent, fuga de acasă se manifestă la persoanele introvertite, emotive, anxioase, dar și la cei de la polul opus: instabilii psihic, agitații, frustrații, neadaptații la viața în colectivitate, conflictualii și labilii.

Uneori se pot dezvolta defecte volitive și trăsături negative de caracter, datorită condițiilor deficitare de educație, care se concretizează în

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

conduite structurate defectuos, tendinţe conflictuale sau frustrante, comportamente marginale sau deviante.

Manifestările deviante, dincolo de tulburările inerente vârstei ca atare, mai ales la vârsta adolescenţei, pot constitui un simptom semnificativ pentru identificarea unor carenţe de educaţie în domeniul moral. Majoritatea anomaliilor psihice, afective sau comportamentale, ale adolescenţilor, provin din lipsa realizării adecvate a funcţiilor familiei şi a responsabilităţii părinţilor. În privinţa aşa-ziselor familii problemă, se remarcă posibilitatea alcătuirii unei anume tipologii, astfel:

- familii cu carenţe educative datorate deteriorării relaţiilor interfamiliale şi destabilizării principalelor funcţii (familii „aparent" organizate, familii dezorganizate);
- familii cu probleme deosebite în privinţa realizării funcţiilor datorită dezorganizării sau descompletării grupului familial (deces, abandon, divorţ etc.) şi disoluţiei acestuia (certuri, tensiuni, loviri, agresiuni etc.);
- familii cu probleme deosebit de grave datorită disfuncţionalităţii sau disoluţiei totale a grupului familial (unul sau ambii părinţi bolnavi cronic, fizic sau mintal, alcoolici, imorali, cu antecedente penale sau recidivişti).

În mecanismul etiologic al comportamentului delincvent juvenil intervin o serie de situaţii şi circumstanţe ca :

- situaţia socio-economică şi culturală a familiei din care face parte copilul/tânărul;

- situaţia şi condiţiile în care se realizează socializarea, integrarea şi controlul social al comportamentului copilului/tânărului;

- caracteristicile personalităţii copilului/tânărului;

- situaţii sau condiţii favorizante sau incitante.

Întrucât delincvenţa juvenilă se manifestă foarte diferit, în funcţie de o varietate de factori favorizanţi/nefavorizanţi, de la conduite nonconformiste simple, până la forme deosebit de grave, este dificil a realiza un şablon al tipologiei delincventului. Totuşi s-a încercat alcătuirea unor tipologii în cazurile diferitelor categorii de comportamente delincvente de către dr. V.Dragomirescu :

- comportament antisocial accidental sau ocazional;
- comportament predelictual;
- comportament delictual propriu-zis;
- comportament infracţional patologic.

Dacă ţinem seama de vârsta tânărului, tipul de delict săvârşit, mediul socio-economic şi cultural din care provine, atitudinea faţă de fapta comisă şi posibilităţile de recuperare, se poate alcătui o tipologie sumară a diferitelor comportamente delincvente juvenile:

✓ comportamente delincvente ocazionale-nestructurate, cu grad scăzut de periculozitate socială, caracterizând pe acei minori care au beneficiat de condiţii adecvate de socializare, dar care au intrat sub influenţa unor anturaje nefaste, minori care au participat întâmplător la acţiuni ilicite din teribilism/bravadă/solidaritate de grup. Această categorie are şanse mari de reabilitare;

✓ comportamente delincvente structurate, cu grad ridicat de periculozitate socială, caracterizând minorii cu un nivel scăzut de integrare socială şi profesională, cu dificultăţi de adaptare, numeroase tulburări de comportament. Acei tineri care de timpuriu au săvârşit acte predelincvente (consum de ţigări şi alcool, mici furturi de la colegi şi vecini, cunoscuţi în

zona de domiciliu ca turbulenţi-elemente nocive, internaţi de mai multe ori în unităţi de reeducare fără rezultat);

✓ comportamente delincvente recurente cu grad foarte mare de periculozitate socială, concretizate în delicte de omor, viol, tâlhăre, vătămări corporale grave (medii de socializare „negativă", medii parazite, spirit agresiv şi violent, limbaj obscen, prostituţie, ceşetorie, minciună, perversiuni sexuale, omucideri etc.). Întrucât asemenea acte sunt comise prin violenţă şi agresivitate sporită, se impune adoptarea unor măsuri speciale de resocializare a minorilor făptaşi, prin internarea lor în şcoli speciale de muncă şi reeducare cu regim sever. Procesul de resocializare întreprins în instituţiile de profil implică o serie de exigenţe funcţionale.

Fixarea obiectivelor procesului de resocializare trebuie să se bazeze pe proiectarea finalităţilor. În acest sens este necesar a se crea posibilităţi de control al eficienţei metodelor şi procedeelor educative folosite, care ar putea avea următoarele caracteristici :

• *globalitate* – utilizarea conjugată a eforturilor de natură pedagogico-formativă şi informativ-culturală prin care se poate asigura, minorilor internaţi, o linie de conduită adecvată, asimilarea unor deprinderi pozitive, a unor norme şi valori corespunzătoare în domeniul teoretic-general, profesional, moral, juridic, etc. Caracterul global al procesului de resocializare vizează integrarea acţiunilor întregului personal (educatori, medici, profesori, instructori, psihologi, asistenţi sociali) într-un efort comun pentru reintegrarea socială a minorilor internaţi;

• *continuitate* – adică luarea în evidenţă, cu toate responsabilităţile, a minorului, de la începutul ciclului educativ şi până la recuperarea şi reîntegrarea socială a fostului delincvent. Organizându-se astfel

resocializarea, se evită paralelismul,evitarea încredinţărilor succesive unor colective diferite sau mai multor diriginţi etc.;

• *integrare* – adică reunirea, într-o perspectivă unitară împărtăşită de întregul personal, a tuturor procedeelor şi tehnicilor de resocializare, îmbinând latura terapeutică cu cea preventivă, funcţiile de supraveghere şi control al comportamentului cu cele de reabilitare socială.

Şcolile de reeducare sunt organizate pe principiul complexelor şcolare, având următoarele profile:

- <u>şcoala generală</u>, având:
  - clasele I-IV, pentru minorii care nu au absolvit primele 4 clase;
  - clasele V-VIII pentru minorii care au timp să urmeze şi o meserie până la externare;
- <u>şcoala profesională</u> – cuprinde minorii absolvenţi ai şcolii generale sau care mai au de urmat una/două clase.

Programul unităţilor de reeducare este organizat după un orar foarte riguros (instruire teoretică + instruire practică + meditaţii + ore de studiu individual + activităţi de club + acţiuni cultural-sportive + program de activităţi administrative etc.

În perioadele de mutaţii sociale şi de crize se înregistrează o creştere a infracţionalităţii şi a delincvenţei. La baza producerii acestor fenomene stau o serie de comportamente aberante. Conduitele aberante se produc în mod stereotip şi pun în evidenţă o incapacitate de progres sub influenţa educaţiei.

BCU IAŞI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3.6.2. Efecte şi posibilităţi de prevenire şi educare a tulburărilor de comportament

Tulburările de comportament sunt urmarea acţiunii sau interacţiunii unor factori defavorizanţi în rândul cărora se află şi factori psihopedagogici neadecvaţi, care îşi găsesc un teren favorabil pe fondul unor posibilităţi intelectuale limitate şi a interesului scăzut pentru activităţile cu caracter cognitiv. Toate carenţele educative duc la absenteism, hoinăreală, lene, negativism faţă de activitatea şcolară, opoziţie faţă de efort şi atitudini negative la adresa colectivului. Acest fenomen de neadaptare se corelează cu factori subiectivi (cei ce ţin de starea fizică şi dezvoltarea mintală a copilului, evoluţia afectivităţii şi însuşirilor caracteriale/temperamentale şi obiectivi (familiali, şcolar-pedagogici, culturali, morali şi economico-sociali), determinând perturbarea echilibrului dintre elev şi şcoală.

Dacă pentru minorii cu dezvoltare psihică normală şi cu tulburări de comportament sunt unităţi destinate resocializării, pentru cei cu intelect de limită sau cu debilitate mintală asemenea instituţii nu există. În acest caz, aceştia din urmă sunt cuprinşi în aceleaşi unităţi cu normalii, plasându-se mereu sub nivelul acestora, având eşecuri repetate datorită dizabilităţilor verbale, implicării afectiv-motivaţionale scăzute, capacităţii reduse de învăţare.

Subiecţii cu tulburări de comportament fiind preocupaţi în mică măsură de munca de învăţare, întâmpină numeroase dificultăţi şi datorită unei inadaptări şcolare de tipul imaturităţii, fapt pentru care progresează lent, obosesc repede, devin agitaţi motric şi psihic, alţii apatici, indiferenţi, având o capacitate redusă de concentrare a atenţiei, dificultăţi în fixarea scopului activităţii etc.

În acest caz, insuccesele au la bază stări anxioase, în care fobia faţă de şcoală influenţează structurarea personalităţii şi comportamentului copilului. Persistenţa anxietăţii şi eşecurilor generează nelinişte şi panică, reacţii emoţionale exagerate şi o labilitate afectivă, fatigabilitate iar urmarea este evitarea şcolii.

Inadaptarea poate cuprinde nu numai zona activităţii de tip şcolar, ci toate sferele activităţii şi relaţiile umane implicate. După unii autori (C.Gonnet), există trei categorii de copii inadaptaţi :

- inadaptaţii psihic(cuprinzând handicapaţii mintal);
- inadaptaţii fizic (cuprinzând handicapaţii senzorial);
- inadaptaţii social (cuprinzând delincvenţii, psihopaţii şi psihoticii).

Conduitele deviante ce cad sub incidenţa inadaptării, la şcolarii mici, sunt puerile ca manifestare, iar la puberi şi adolescenţi se adaugă un spectru mai larg din care nu lipseşte dorinţa de spectacular. La toate categoriile se pune problema adaptării la activitate şi la normele ce guvernează colectivităţile. Din această perspectivă se poate vorbi, după opinia lui E.Verza. E. şi U.Şchiopu, de mai multe tipuri de adaptare :

- adaptare dificilă (tensionată);
- adaptare bună (confortabilă);
- inadaptare şi dezadaptare (când adaptarea devine dezorganizată).

Toate se structurează pe forme de modele tipologice ale conduitelor adaptive.

Măsurile psihopedagogie de prevenire a handicapurilor de comportament sunt de foarte mare importanţă, deoarece acestea se realizează cu mai puţine eforturi decât măsurile necesare după declanşarea tulburărilor de comportament. Totuşi, când se produc devierile de conduită

sunt necesare de timpuriu intervenţii recuperativ-corective, pentru a nu permite cronicizarea acestora şi structurarea unor deprinderi negative. Măsurile de prevenire trebuie să înceapă cu exemplul personal al adulţilor (părinţii şi ceilalţi membri ai familiei, educatoarea, învăţătoarea şi tot personalul unităţii de învăţământ în care este cuprins copilul) şi terminând cu atitudinile pline de tact, care influenţează copilul, mai întâi prin imitarea comportamentului adultului, iar apoi prin înţelegerea acestuia. Astfel, se pot desprinde faze ale procesului educaţional, care vor fi raportate la particularităţile psihoindividuale şi de vârstă ale copiilor :

✓ prima fază – constă în crearea unui confort psihic, la nivelul colectivului, în care să se acorde importanţă componentei afectiv-motivaţionale. În această fază se are în vedere formarea maturităţii în raporturile colective şi şcolare. Acum trebuie înlăturate variabilele aleatorii pentru a evita factorii inadaptării şi adoptarea variabilelor controlabile, în vederea dirijării copilului spre scopuri şi interese cât mai bine conturate ;

✓ a doua fază – de dezvoltare a componentei intelectual-cognitive;

✓ a treia fază – constă în reconsiderarea componentei sociale, dată fiind importanţa relaţiilor şi a locului ocupat de copil la nivelul grupului din care face parte.

În procesul educaţional aceste faze se corelează, iar unitatea şi eficienţa lor depinde de măestria pedagogică a educatorului. Colectivele relativ omogene şi care întreţin un climat afectiv fără tensiuni îi stimulează pe elevi la învăţătură şi contribuie la dezvoltarea conştiinţei de sine.

BCU IAŞI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Evaluarea ADHD şi a tulburărilor de comportament asociate

Tulburarea de Deficit Atenţional/Hiperactivitate (ADHD) este una dintre cele mai frecvente tulburări de comportament din copilărie şi adolescenţă, cuprinzând între 5 până la 10% din populaţie. Această frecvenţă variază în diferitele studii datorită schimbării criteriilor de diagnosticare de la un DSM (Diagnostic Statistical Manual elaborat de Asociaţia Psihiatrilor Americani) la altul, a populaţiilor studiate şi a instrumentelor de diagnostic folosite. Astfel, frecvenţa bazată pe utilizarea unui singur instrument (de exemplu evaluarea de către un cadru didactic) la un singur moment în timp, variază între 10 la 20%, în timp ce frecvenţa în cazul folosirii DSM-IV, surse de informaţie multiple şi evaluări clinice directe variază între 5 şi 10%. Rata de frecvenţă bazată pe evaluarea conform DSM-IV este mai ridicată decât cea bazată pe DSM-IIIR (între 3 şi 6%). În diagnosticul făcut după criteriile ICD (manualul elaborat de OMS), frecvenţa este între 1 şi 4% reflectând excluderea cazurilor prezentând tulburări asociate precum anxietate şi depresie şi a subtipului AD (vezi subcapitolul următor). Estimările ratei de frecvenţă se bazează pe evaluarea copiilor de vârstă şcolară, dar nu include populaţia aflată la vârsta adolescenţei târzii şi populaţia adultă (Smalley, 2000).

Criterii diagnostice şi subtipuri ale ADHD

Simptomele de bază ale Tulburării de Deficit Atenţional/Hiperactivitate (ADHD) includ niveluri diferite de *neatenţie, hiperactivitate şi impulsivitate*. Parte dintre ele sunt prezente încă din perioada preşcolară, şi se manifestă în toată perioada şcolii primare şi gimnaziale.

Simptomele privind **neatenţia** se referă la *comportamente precum greşeli cauzate de neglijenţă, dificultate în menţinerea susţinută a atenţiei, probleme în a asculta persoana care i se adresează, în a termina o sarcină începută, în a-şi organiza activitatea, evitarea activităţilor care necesită atenţie susţinută, probleme în a pune obiectele la locul lor, distractibilitate şi tendinţa de a uita ce are de făcut.*

Simptomele de hiperactivitate şi impulsivitate sunt grupate împreună în DSM-IV. **Hiperactivitatea** se manifestă ca *neastâmpăr, inabilitatea de a sta jos timp îndelungat, mişcări excesive (pare mereu pe picior de plecare), probleme în a păstra liniştea când este angajat într-o activitate, vorbire excesivă.* **Impulsivitatea** se manifestă prin comportamente precum: *a răspunde înainte de a se termina de pus întrebarea, dificultăţi în a aştepta ceva, întreruperea altora într-o conversaţie sau activitate.*

ADHD-ul prezintă *trei subtipuri:*

1. Subtipul predominant *neatent (ADD)* în care sunt prezente 6 dintre cele 9 simptome de pe scala de "Neatenţie".

2. Subtipul predominant *hiperactiv/impulsiv (H/I)* în care sunt prezente 6 dintre cele 9 simptome de pe scala de "hiperactivitate/impulsivitate".

3. Subtipul *combinat (CT)* în care sunt prezente 6 dintre simptomele de pe ambele scale. Acest subtip este cel mai asemănător cu clasificarea ADHD din DSM – IIIR.

Distribuţia celor trei subtipuri între copiii de şcoală primară este 50% pentru ADD, 20% pentru H/I şi 30% pentru CT. ADHD este mai des diagnosticat la băieţi decât la fete, într-o proporţie de 4/ mergând până la 9/1 în loturile clinice. Fetele sunt mai des diagnosticate cu ADD, în acest

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

caz proporţia băieţi/fete fiind de doar 2/1 comparativ cu subtipul H/I în care proporţia este de 4/1 (Smalley, 2000)

După DSM-IV pentru a fi diagnosticat cu ADHD copilul trebuie să aibă peste 7 ani, simptomele să fie prezente de cel puţin 6 luni şi să fie observabile în cel puţin două contexte (acasă şi la şcoală, de exemplu).

În ICD 10 aceleaşi simptome sunt clasificate ca *tulburare hiperkinetică (HKD).* În acest sistem de clasificare simptomele de hiperactivitate şi impulsivitate sunt considerate separat (nu ca fiind un singur domeniu precum în DSM-IV) iar pentru diagnosticare sunt necesare simptome din toate cele trei domenii (cel puţin 6 de neatenţie, 3 de hiperactivitate, şi unul de impulsivitate). Spre deosebire de ADHD, în *terminologia de tip HKD sunt recunoscute doar două subtipuri ale tulburării, pe baza prezenţei sau absenţei tulburărilor de conduită, în timp ce prezenţa depresiei sau anxietăţii exclude diagnosticul de HKD.* Prin contrast, în terminologia ADHD acestea sunt văzute ca tulburări asociate, dar nu sunt luate în considerare în clasificarea tulburării pe subtipuri (Smalley, 2000).

Tulburări asociate

1) Între 15 până la 38% dintre copiii cu ADHD prezintă *tulburări de învăţare.* Studii recente ale subtipurilor ADHD sugerează că tulburările de învăţare pot apare doar în subtipurile Combinat (CT) şi cu Deficit Atenţional (ADD) ale ADHD şi nu în cel Impulsiv/Hiperactiv (I/H) (Smalley, 2000). În plus, alături de tulburările de învăţare, alte tulburări psihiatrice se pot asocia cu ADHD, afectând aproximativ 60-70% din cazuri.

2) Cele mai frecvente tulburări asociate sunt cele de *conduită (CD)* şi cea *opoziţionist-sfidătoare (ODD)* (30-50%),

3) cele *anxioase* (25%),

4) *depresive* (15-75%) şi

5) *sindromul Tourette* (7-34%).

6) De asemenea, 30% din cei diagnosticaţi cu "*pathological gambling*" (joc patologic) suferă de ADHD. Se cunoaşte că tulburarea de tip "pathological gambling" este asociată cu constructul "impulsivitate/psihopatie". Niveluri ridicate de impulsivitate şi psihopatie sunt un predictor în ce priveşte riscul de "pathological gambling". De asemenea, s-a observat că rapoartele de auto-evaluare ale impulsivităţii precum şi performanţa într-o sarcină de sortare a cărţilor (tip Wisconsin) la 12-14 ani prezic viitoarele probleme de "pathological gambling" din adolescenţa târzie (independent de variabilele socio-demografice) precum şi alte probleme precum agresivitate şi impulsivitate. Impulsivitatea evaluată de autorii mai sus menţionaţi constă într-o incapacitate de a prevedea consecinţele negative şi o inabilitate de a-şi opri răspunsul în ciuda contingenţelor nefavorabile. Aceste rezultate sugerează că indivizii dezinhibaţi cu deficite în modularea răspunsului tind să dezvolte tulburări de control al impulsului de tip "pathological gambling". Cea mai mare parte din subiecţii cu probleme de tip "gambling" pot fi încadraţi în clusterul B de tulburări de personalitate al chestionarului **PDQ-R**. Acest cluster implică caracteristici precum *impulsivitate, dezinhibiţie, instabilitate afectivă marcată prin schimbări în dispoziţie ca răspuns la stimulii din mediu, sentiment de alienare, criticism şi intoleranţă la frustrare*. Astfel a fost lansat constructul de "impulsiv/antisocial" ale cărui caracteristici au fost obţinute folosind procedura de rotaţie oblică aplicată

BCU "CAROL I" LIBRARY

datelor obţinute de aceşti subiecţi la subscala de impulsivitate a lui Eysenck (**EIS**) şi chestionarul **PDQ-R**. Profilul obţinut cuprinde scoruri ridicate la scalele de *impulsivitate şi asumarea riscului* din EIS, patru tipuri de personalitate din clusterul B menţionat anterior (*antisocială, borderline, histrionică şi narcisistă*), precum şi clusterul C cuprinzând categoriile *personalitate dependentă, evitativă şi pasiv-agresivă.*

Tulburările de conduită (CD) şi *opoziţionist-sfidătoare (ODD)* par să fie mai frecvent asociate la subtipul Combinat şi Hiperactiv/Impulsiv, în timp ce cele anxioase şi depresive la subtipul ADD (Smalley, 2000). La aproximativ 30% din cazurile cu ADHD (în special la cei cu tulburare asociată de conduită – CD) tulburarea se poate dezvolta în CD sau *abuz de substanţe (SUD)* (Karatekin, 2001). Indivizii cu CD şi cu *tulburare de personalitate de tip antisocial (APD)* sunt mai expuşi la abuz de substanţe dar şi alte categorii de indivizi care prezintă scoruri ridicate la trăsătura de personalitate "căutarea noului" (*novelty seeking*).

Există două tipuri de CD: Tipul 1 caracterizat de "agresivitate afectivă necontrolată" şi care presupune depresie şi anormalităţi în funcţionarea serotonergică, iar Tipul 2 este caracterizat prin "agresivitate rece" şi se dezvoltă la adult în personalitate antisocială. *Cei mai mulţi dintre copiii cu CD au un trecut de ODD.* Studiile constând în măsurarea corelatelor neurofiziologice specifice personalităţii antisociale şi psihopatiei – conductanţa electrică scăzută a pielii la stimuli acustici noi, la stimuli aversivi, precum şi habituarea rapidă a conductanţei la stimuli aversivi – au evidenţiat că aceste caracteristici se întâlnesc doar la grupul ADHD+CD. Deci, *tendinţa de a dezvolta la maturitate tulburare de personalitate antisocială (APD după DSM IV) sau psihopatie (după alte clasificări) o au doar copiii cu ADHD care au şi CD asociată.*

Structuri cerebrale afectate în ADHD

Diferite structuri – *cortexul frontal şi ariile motorii suplimentare, cortexul parietal, vermisul cerebelar, cortexul cingulat anterior, lobul temporal, nucleul accumbens,şi talamusul* se consideră a fi implicate în această tulburare.

Studiile folosind tehnici precum **potenţialele evocate relaţionate cu stimulul (ERPs) şi tomografia cu emisie a unui singur foton (SPECT)** au evidenţiat un nivel mai scăzut de funcţionare a structurilor dorsolaterale prefrontale, a cortexului cingulat anterior şi a conexiunilor fronto-striate. Folosind ca măsură într-un studiu **PET (tomografie cu emisie de pozitroni)** metabolismul cerebral al glucozei, s-a observat că la adulţi cortexul frontal *stâng* este mai puţin activ, deşi în rândul adolescenţilor cu ADHD datele sunt mai puţin semnificative. Spre deosebire de datele obţinute pe adulţi şi adolescenţi, un studiile folosind SPECT pe copii cu ADHD au evidenţiat un flux sangvin regional mai scăzut în regiunile temporale şi cerebelare, şi un flux mai ridicat în regiunile subcorticale şi talamice, date care corelau semnificativ cu performanţe motorii mai slabe şi cu rezultate slabe la WISC. Acealaşi studii au găsit un flux sangvin regional mai ridicat în regiunile frontale şi parietale *drepte*, care corelează cu simptomele comportamentale, ceea ce sugerează că în ADHD ar exista cel puţin două disfuncţii, una ce ţine de dezvoltarea neurală a lobilor frontali, în special din emisfera dreaptă, relaţionată cu simptomele comportamentale, şi o alta ce ţine de integrarea informaţiilor la nivelul lobilor temporali, a cerebelului şi a structurilor subcorticale, relaţionată cu planificarea motorie şi unele aspecte ale cogniţiei. Pe de altă parte, nucleul accumbens (din mezencefal) important în abilitatea de a lua decizii

BCU BABEŞ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

raționale atunci când suntem confruntați cu controlul unei alegeri impulsive, este locul acțiunii Ritalinului, medicament care modifică funcționarea dopaminergică și ameliorează simptomele ADHD.

Studii mai recente sugerează că *circuitele dopaminergice ce conectează cortexul prefrontal, ganglionii bazali și cerebelul se maturizează mai târziu în ADHD.* Există dovezi că subtipul Hiperactiv/Impulsiv din punct de vedere al dezvoltării este precursorul subtipului Combinat. *Subtipul Hiperactiv/Impulsiv apare la copiii preșcolari în timp ce subtipul Combinat este reprezentativ copiilor școlari ca și subtipul ADD* (Barckley, 1997). *Patternul hiperactiv/impulsiv apare devreme, încă înainte de grădiniță*, în timp ce simptomele de neatenție apar câțiva ani mai târziu. Mai mult decât atât, problemele de atenție specifice subtipului ADD apar chiar mai târziu decât cele asociate comportamentului hiperactiv-impulsiv (Barckley, 1997). A fost lansată ipoteza că *deficitul primar în ADHD s-ar află la nivelul ganglionilor bazali dar site-ul disfuncției se deplasează ulterior spre cortexul prefrontal prin mecanisme neurale compensatorii sau prin modificări datorate învățării.* ADHD este de cele mai multe ori diagnosticat după vârsta de 7 ani (aceasta este și cerința DSM IV), atunci când copiii încep să aibă dificultăți de adaptare la mediul școlar. Totuși, *copiii cu ADHD diferă de ceilalți încă de la vârste fragede. De exemplu, ei prezintă întârzieri în dezvoltarea mișcărilor fine, în special cele implicate în învățarea procedurală (Karatekin, 2001). Copiii cu ADHD, de asemenea, prezintă întârzieri în coordonarea mișcărilor fine și în primii ani de școală.* Este dificil de spus dacă aceste întârzieri sunt exprimarea unei disfuncții dopaminergice a circuitelor fronto-striate care mediază controlul motor și

învățarea procedurală, și dacă aceste circuite stau la baza unor deficite executive ce apar mai târziu în dezvoltare.

Activitatea sinaptică corticală și subcorticală evidențiată prin PET în numeroase studii a stabilit un platou în adolescența timpurie (10-15 ani) înainte să scadă până la nivelul de la adult. În paralel cu aceste schimbări datorate maturării, ce reflectă procesul de pruning, s-a demonstrat la primate și o rafinare funcțională a circuitelor neuronale prefrontale în pre-pubertate. Această reorganizare afectează straturile superficiale ale cortexului prefrontal unde densitatea axonilor dopaminergici este cea mai mare. Deoarece, din punct de vedere al dezvoltării, densitatea sinapselor dopaminergice pare să atingă un vârf înainte de această reorganizare pre-puberală, este probabil ca dopamina să influențeze maturarea neuronală. În cazul ADHD, aceste schimbări datorate maturării pot să contribuie spre "comutarea" disfuncției dopaminergice din mezencefal – la copil – în cortexul prefrontal – la adult; pruningul sinaptic din ganglionii bazali putând compensa nivelul presinaptic crescut de DOPA decarboxilază din mezencefal la copiii cu ADHD și declanșa deficitul funcțional dopaminergic din cortexul prefrontal la adultul cu ADHD. Alternativ, reducerea funcționării dopaminergice în cortexul prefrontal poate servi la compensarea anormalității dopaminergice din mezencefal (de-aferentarea proiecțiilor dopaminergice prefrontale se știe că reglează funcționarea dopaminergică din ganglionii bazali). Este de asemenea posibil ca deficitul dopaminergic prefrontal să fie efectul unui efect neurotoxic al dopaminei ce este eliberată în concentrații anormale în neuronii prefrontali datorită unei dereglări dopaminergice subcorticale.

BCU "CAROL I" BUCUREȘTI LIBRARY

Sarcini neuropsihologice folosite în diagnosticarea ADHD

Trei dintre subtestele WISC – *Aritmetică, Memoria numerelor şi Codul B* au fost grupaţi în urma analizei factoriale în factorul numit "*Protecţia faţă de distractori*", constatându-se că sunt subtestele cele mai edificatoare privind performanţa copiilor cu ADHD. În plus, cercetările făcute cu copii hiperactivi au arătat că terapia medicamentoasă (cu Ritalin) duce la descreşterea distractibilităţii şi îmbunătăţirea memoriei şi a performanţelor aritmetice (Reynolds şi Kamphaus, 1990).

De asemenea, copiii cu ADHD prezintă în general o performanţă mai slabă la scorul total la scala K-ABC, dar cel mai semnificativ deficit îl au la scalele de *Procesare Secvenţială (Mişcările mîinilor, Memoria numerelor şi Ordinea cuvintelor*). Aceste date evidentiază ca aceşti copii fac faţă itemilor din subtestele *Procesării simultane (Închiderea formei, Triunghiuri, Analogii cu matrici, Memorie spaţială şi Serii de fotografii)*, dar nu şi celor din subtestele secvenţiale, care necesită mai multă atenţie şi concentrare (Reynolds si Kamphaus, 1990).

La testele de coordonare ochi-mână (Bender Gestalt şi Bender Santucci) copiii cu ADHD prezintă *deficite în controlul mişcărilor fine (în execuţia cerculeţelor), deficite de organizare în copierea figurilor complexe, precum şi linii îngroşate şi haşuri.*

Anumite deficite în *atenţia selectivă vizuală* au fost evidenţiate la copiii cu ADHD în probele de căutare vizuală (după Karatekin, 2001), precum şi în paradigma *amorsajului negativ spaţial* ce măsoară orientarea internă a atenţiei. Karatekin (2001) afirmă că e posibil ca aceste deficite să fie induse mai degrabă de o procesare ineficientă a stimulilor-ţintă, decât de distractibilitate sau procesarea stimulilor-distractori. MacLeod

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" LIBRARY

(1989)(după Karatekin, 2001) a evidenţiat de asemenea deficite la copiii cu ADHD în sarcinile de amorsaj negativ spaţial.

Deşi dificultăţile în atenţia susţinută reprezintă unul dintre criteriile de diagnostic pentru ADHD, performanţa indivizilor cu această tulburare la *sarcinile de performanţă continuă* **(CPT)** este surprinzător de controversată şi dificil de interpretat. Cercetările iniţiale au sugerat că indivizii cu ADHD au performanţă scăzută la CPT. Totuşi, multe studii au remarcat că a fost folosită ca variabilă dependentă principală performanţa generală, la întregul test. Ca rezultat, s-a inferat existenţa unui deficit al atenţiei susţinute, fără a se demonstra o scădere a performanţei în timp. După ce au studiat in extenso literatura existentă despre performanţa la CPT, Corkum şi Siegel (1993) (după Karatekin, 2001) au concluzionat că nu există dovezi în sprijinul unui deficit în ADHD (măsurat printr-o scădere în timp a performanţei). Totuşi, copiii cu ADHD fac mai multe omisiuni şi au scoruri *d* mai scăzute comparativ cu grupurile de control şi au performanţă mai scăzută când este necesară alocarea de resurse cognitive suplimentare datorită unor solicitări mai dificile din partea sarcinii. Indicele *d* reprezintă Sensibilitatea Perceptivă care se referă la abilitatea de a distinge între ţintă şi distractori.

La sarcinile de atenţie executivă *indivizii cu ADHD au o performanţă diferită de loturile de control (după Smaley, 2000). Într-o trecere în revistă a datelor experimentale existente, s-au propus 6 domenii ale activităţii frontale care ar putea prezenta diferenţe între subiecţii cu ADHD şi loturile de control:* 1) schimbarea setului mental (Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Task), 2) planificare (Turnul din Hanoi), 3) memorie de lucru (Counting Span), 4) memorie contextuală, 5) inhibiţie Stroop, Go/No-go) şi 6) fluenţă. *În cele 18 studii, grupurile cu ADHD au*

arătat deficite executive constante doar în trei dintre aceste domenii: Trail Making, Turnul din Hanoi precum şi Stroop şi alte sarcini de inhibiţie motorie.

Alte studii au demonstrat deficite pe lângă testele de planificare şi la *organizarea informaţiei, memorie de lucru, precum şi la testele de memorie care necesită utilizarea de strategii mnezice.* În ce priveşte **Wisconsin Card Sorting Test**, lucrurile nu sunt foate clare, unele studii găsind deficite la subiecţii cu ADHD în timp ce altele au evidenţiat doar o rată mai mare de errori non-perseverative. Ariile frontale drepte care se activează în momentul schimbării criteriului la proba WCST se suprapun parţial peste ariile care s-a dovedit că se activează în cadrul probei **Go/No-go** în momentul în care subiecţii trebuie să-şi inhibe răspunsul motor (doar ca vârful de activare apare mai rapid în Go/No-go – după 5s – decât în WCST – după 7s). Aceste date implică *ariile inferioare prefrontale drepte în inhibarea a diverse ţinte – a răspunsului motor în Go/No-go şi în răspunsul la schimbarea criteriului în WCST.* Copiii cu ADHD au o performanţă scăzută la sarcină şi o performanţă mai bună după administrarea de Ritalin.

Inhibiţia este o altă funcţie ce a fost intens studiată în ADHD. S-a observat că în general, subiecţii cu ADHD au dificultăţi în a-şi inhiba mişcările când primesc comanda de a o face (cum sunt sarcinile **Go/No-go, Stop-signal, Sacade întârziate** şi **Anti-sacadă**). *Sarcinile de tip Go/No-go* presupun ca subiectul să execute un răspuns motor – de regulă apăsarea pe o tastă – atunci când primeşte un semnal de "go" şi să-şi inhibe răspunsul când primeşte un semnal "no-go". În mod curent, subiecţii execută de două ori câte un rând de "go" şi abia apoi se trece şi la succesiunea go/no-go. Se face acest lucru pentru a determina dacă

subiectul este capabil să stabilească, să mențină și să-și schimbe setul de răspuns. Acești parametrii trebuie ținuți sub control, pentru a putea apoi explica performanța la sarcina doar prin parametrii inhibiție/dezinhibiție motorie (Stern și Prohaska, 1996). Copiii în vârstă de 3 ani au performanța scăzută la sarcini Go/No-go pentru că nu-și pot inhiba răspunsul. Ei par să înțeleagă și să țină minte instrucțiunile sarcinii (le pot verbaliza) dar nu le aplică corespunzător. Reușita și la aceast tip de sarcini apare la 5-6 ani (Diamond, 2001).

Shue și Douglas (1992)(după Karatekin, 2001) au întreprins un experiment în care au comparat 24 de copii diagnosticați cu ADHD cu vârste cuprinse între 8-12 ani cu un lot de control având aceași vârstă, sex și nivel de vocabular. Dintre testele administrate cele care au evidențiat cele mai mari diferențe au fost cele de inhibiție (motorie și verbală), Trail Making Task B și Wisconsin Card Sorting Test. Grupul cu ADHD a avut performanță similară cu a unor copii de 6-7 ani, și a arătat același pattern de performanță cu al adulților cu disfuncții frontale. Schachar, Logan și Tannock (2000)(după Smaley, 2000) folosind paradigma stop-signal elaborată de Logan și Cowan în 1984 au efectuat un experiment pe copii diagnosticați cu ADHD, cu CD și ADHD+CD. Copiii trebuiau să răspundă rapid și corect apăsând o tastă de fiecare dată când apărea pe ecran o literă, orice literă. Totuși, în 25% din expuneri, trebuiau să-și oprească răspunsul, la auzul unui sunet. Inhibiția era măsurată calculând timpul lor de răspuns la sunetul ce le cerea să se oprească. Copiii cu ADHD au avut rezultate mai slabe atât la oprirea mișcării cât și la re-angajarea în răspunsul motor. Copiii cu ADHD+CD și CD nu au prezentat performanță scăzută, în mod semnificativ. Aceste date pot părea ciudate dat fiind faptul că deficite de inhibare a răspunsului caracterizează indivizi cu o varietate mare de

tulburări de comportament, nu doar ADHD (Logan, Schachar şi Tannock în 1997 au demonstrat că subiecţii adulţi cu scoruri mari la subscala de Impulsivitate a EPQ au timpi de răspuns mai mari la semnalul de oprire). Pe baza acestor date, autorii sugerează că ADHD+CD ar reprezinta o variantă a CD şi nu a ADHD.

Shue şi Douglas concluzionează că în cazul ADHD este vorba *de o disfuncţIe frontală evidenţiată de un slab control atenţional şi inhibitor, slabă performanţă în rezolvarea de probleme, folosirea strategiilor şi sensibilitatea la feed-back.*

Spre deosebire de acest punct de vedere, Russel Barkley (1997) consideră că deficitul fundamental în ADHD îl reprezintă inhibiţia comportamentală. Conform cu această ipoteză, *inhibiţia comportamentală* se referă la trei procese inter-relaţionate: *a) inhibarea unui răspuns iniţial prepotent faţă de un eveniment, b) oprirea răspunsului aflat în desfăşurare, ceea ce alocă mai mult timp deciziei de a răspunde, şi c) protecţia în această perioadă de întârziere faţă de interferenţe* (Barkley, 1997). Autorul afirmă că în decursul dezvoltării, cea mai stabilă componentă este cea comportamentală a controlului impulsului şi nu cea cognitivă a impulsivităţii. Argumentul lui Barkley este furnizat de cercetările pe copii mici care au evidenţiat o corelaţie pozitivă între rezistenţa la o tentaţie prezentă şi memoria de lucru spaţială. Această legătura existentă între inhibiţia comportamentală şi memoria de lucru rezultă şi din faptul că, după cum se cunoaşte în ADHD există un deficit de memorie de lucru, iar Ritalinul creşte performanţa la aceşti copii în sarcinile de memorie de lucru spaţială, dar reduce şi simptomatologia lor comportamentală. Metilfenidatul (Ritalin) reduce fluxul sangvin cerebral regional în dorsolateralul prefrontal şi în parietalul posterior în timpul

derulării unei sarcini de memorie de lucru spațială, și concomitent se înregistrează o mai bună performanță.

Ca și atenția, conceptul de "inhibiție" este unul complex. Teste create să măsoare inhibiția pot de fapt să evidențieze aversiunea față de întârziere, dorința de a răspunde la o solicitare, abilitatea de a inhiba un răspuns aflat în derulare sau unul reflex, sau interferențe de la nivelul memoriei de lucru. Natura "deficitului inhibitor" din ADHD și relația sa cu atenția și alte componente ale funcționării executive nu sunt încă clar lămurite.

Sumarizând, putem spune că în ADHD principalele deficite constau în atenția executivă/memoria de lucru (în special în planificare, folosirea strategiilor, monitorizarea și controlul distractorilor), inhibiția motorie și în inhibarea răspunsului față de recompense prezente.

Concluzii

Așa cum am mai spus, există o anumită "linie de dezvoltare" între tulburările de comportament: majoritatea copiilor cu CD au un trecut de ODD, copiii cu ADHD+CD prezintă risc crescut de a dezvolta APD sau SUD, preadolescenții impulsivi și cu "pathological gambling" prezintă riscul de a dezvolta APD, etc. Să nu uităm că și în cazul ADHD în sine există o linie de dezvoltare – subtipul Combinat fiind precedat de cel Hiperactiv/Impulsiv. De asemenea, rata ridicată de asociere între aceste tulburări, precum și între ele și cele de tip anxietate și depresie (cel puțin după clasificarea DSM) ne trimite spre o bază neurobiologică ce prezintă multe puncte comune.

Dacă analizăm criteriile diagnostice din DSM–IV pentru tulburările de comportament pomenite mai sus, putem observa că, în mare, avem parte de aceleași variabile denumite doar diferit. Spre exemplu, întâlnim: "își pierde ușor cumpătul", "se ceartă deseori cu adulții", "este foarte ușor

BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

deranjat de alţii", şi "se înfurie uşor şi este răzbunător" pentru ODD, pentru APD găsim "iritabilitate şi impulsivitate", de asemenea "iritabilitate când i se cere, sau încearcă să renunţe la jocuri" la Pathological gambling, iar la ADHD – "deseori îi întrerupe pe alţii într-o conversaţie sau joc". În toate cazurile putem infera acelaşi factor comun – un prag scăzut de toleranţă la frustrare. Sau, întâlnim: "deseori îi deranjează pe alţii în mod intenţionat" la ODD şi "deseori îi harţuieşte, ameninţă sau intimidează pe alţii" la CD. Ca factor comun putem infera – "agresivitatea".

De asemenea, în multe cazuri întâlnim aceleaşi simptome – agresivitatea faţă de oameni, animale sau faţă de sine apare atât la ODD, cât şi la CD şi APD; nerespectarea regulilor sau cerinţelor – la ODD, CD, SUD şi APD; minciuna şi învinovăţirea altora pentru propriile greşeli – la ODD, APD, CD şi Pathological gambling; furtul – la CD, APD şi Pathological gambling; incapacitatea de a planifica şi organiza activitatea (mai ales o activitate susţinută) – la ADHD şi APD; iresponsabilitatea – la APD, SUD şi Pathological gambling.

Apoi, mulţi dintre termenii folosiţi în mod curent pentru a diagnostica ADHD-ul nu sunt suficient de bine definiţi. De exemplu, în DSM-IV există criterii precum "nu reuşeşte să acorde atenţie detaliilor", "uşor de distras de stimuli externi", "dificultăţi în a-şi menţine atenţia asupra activităţii" sau "evită activităţile ce necesită efort mental susţinut". *Ambiguitatea acestor formulări lasă diagnosticul la îndemâna idiosincraziilor de interpretare ale clinicianului. În plus, sunt expuse separat, deşi ele nu sunt independente unul de altul, crescând şansa ca tulburarea să fie "supradiagnosticată".* Mai mult de atât, termenii se suprapun între ADHD şi alte tulburări, făcând diagnosticul diferenţial şi mai dificil. Spre exemplu, unul dintre criteriile pentru ADHD este

"dificultăți în organizarea activității", în timp ce unul dintre criteriile pentru schizofrenie este "comportament puternic dezorganizat". Totuşi este greu de afirmat că diferența principală dintre aceste două tulburări constă doar în gradul de "dezorganizare" (Karatekin, 2001). Este bine să ne aducem aminte că termenii folosiți în criteriile diagnostice reflectă modul de gândire predominant în psihologia cognitivă şi clinică la momentul cînd s-a formulat criteriul respectiv. Criteriile pentru ADHD au fost influențate de "teoria filtrelor atenționale" care a dominat studiile privind atenția din anii '60 şi '70, adică în anii când s-au formulat prima oară aceste criterii. După cum spune Karatekin (2001) "DSM-ul este asemeni unui site arheologic în care urmele unei civilizații s-au aşezat peste urmele alteia de-a lungul secolelor". Termenul actual de "deficit atențional/hiperactivitate" nu este satisfăcător. El ne sugerează că există un deficit de atenție, în timp ce dificultatea fundamentală a persoanelor cu această tulburare constă în reglarea atenției în timp şi în lipsa unor recompense imediate, precum şi în integrarea scopurilor cu acțiunea, în găsirea şi implementarea strategiilor (Karatekin, 2001).

Conceptualizând tulburările comportamentale într-un cadru teoretic mai unitar, care să reflecte nivelul actual de cunoştințe, făcând comparații mai directe între tipurile specifice de tulburări comportamentale, luând în considerare subtipurile ADHD pe baza similarităților în deficitul cognitiv fundamental, a variabilelor psihofiziologice şi neuroanatomice şi nu a unor descripții fenomenologice imprecise, precum şi investigând consecințele funcționale ale diferitelor tipuri de deficite comportamentale în viața cotidiană, vom putea construi modele mai realiste ale acestor tulburări care să ne permită un diagnostic mai acurat.

Întrebări și exerciții

1.Care sunt criteriile de diagnosticare ale ADHD?

2.Prezentați subtipurile ADHD.

3.Care sunt tulburările asociate ADHD?

4.Descrieți performanțele specifice ADHD la diferite probe diagnostice.

5.Care sunt punctele slabe ale diagnosticului tulburărilor de comportament?

3.7. Compensarea și recuperarea unor însușiri / funcții psihice prin mecanisme neuropsihofiziologice

Inca din anul 1931 s-a pus problema modalitatilor de compensare a functiilor perturbate, in cursul afectiunilor creierului. Se stie ca celula nervoasa nu se regenereaza si ca structurile invecinate celor lezate au posibilitatea de a prelua functia lezata prin functia vicarianta a celuilalt emisfer cerebral. Dar aceasta depinde de o serie de factori individuali cum ar fi:

a) varsta bolnavului (mai usor se amelioreaza la tineri decat la varstnici).

b) intervalul de timp intre debut si prima examinare (primele doua luni de la debut sunt favorabile).

c) tipul de afazie (imposibilitatea totala de comunicare prin vorbirea orala constituie un semn de prognostic grav ; tulburarile expresive de tipul anartriei sau dizartriei corticala inpiedica ameliorarea spontana sau dirijata.

d) dominanta cerebrala - mai pregnant la dreptaci- mai putin la stangaci.

BCU "SIMION CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lucrarile clasice ale lui Bethe si Anohin au dovedit pe plan experimental ca la animalele superioare , datorita scoartei cerebrale , au loc modificari compensatorii si adaptive in cursul traumatismelor sistemului nervos central.

Posibilitatea transferului functiei tulburate pe seama structurilor sanatoase normale (din acelasi emisfer sau chiar din emisferul cerebral opus) trebuie subliniat ca aceasta posibilitate depinde de localizarea focarului lezional, in cazul leziunilor in ariile de inalta specializare functionala (ariile motorii, senzitive si ale vorbirii), posibilitatea unui astfel de transfer este minima; in cazul leziunilor ariilor mai noi filogenetice, cu o diferentiere mai putin intensa, posibilitatea transferului este mult mai mare.

In sirul neantrerupt de echilibrari ale mecanismului cu mediul inconjurator, compensarea are si rolul de adaptare a organismului la conditiile de mediu in situatia pierderii totale sau partiale ale unora din functiile acestuia.

Compensarea se produce si intr-un organism intact, normal, sanatos pus in conditii grele sau neobisnuite, in care o functie indeplinita in situatii de incordare maxima se dovedeste insuficienta si determina participarea altor functii in sens compensator.

In aceasta situatie se impune formarea unui nou mod de actiune, formarea unor structuri informationale de tip nou, in cadrul carora lipsa informatiilor primite in mod normal pe calea canalului senzorial lezat, trebuie inlocuite cu informatii noi, transmise pe un alt canal senzorial care poate prelua o parte din functiile analizatorului deficitar.

Se face distinctie neta intre notiunea de "compensare" si cea de "reabilitare" (sau de "restabilire" a functiei).

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Atunci cand structura si functia sunt complet distruse, efectuarea activitatii are loc pe seama elementelor altor structuri functionale. Compensarea functionala survine atunci cand au fost epuizate posibilitatile substituirii functiei pe seama elementelor intacte ale sistemului lezat. In procesul de compensare participa si urmatoarele mecanisme: adaptarea la conditiile existente, restructurarea nivelului functional al activitatii sistemului nervos, modificarea excitabilitatii si labilitatii sistemului nervos.

In stabilirea metodelor compensatorii se tine seama de: etiologia defectului, gradul, localizarea, dinamica, momentul aparitiei, complexitatea lui, conditiile de mediu si este în stransa legatura cu caracterul tulburarii. Tulburarile primare pot genera inainte si dupa instalarea defectului. Fenomenul compensarii se dezvolta in tulburari secundare, care uneori pot deveni mai grave decat cele initiale si care la randul lor trebuiesc compensate .

In momentul cand organismul duce lipsa de activitate, compensarea nu poate fi realizata.

Particularitatile individuale ala omului au o mare importanta in toate cazurile dezvoltarii compensatorii. Chiar si in situatia unor leziuni identice si in conditii asemanatoare de munca, compensarea e diferita din cauza unor factori sociali si biologici ca:etiologia, starea generala a organismului, starea functionala, tipul de activitate nervoasa, varsta, vechimea deficientei, rapiditatea dezvoltarii ei, boli asociate, practica profesionala, gradul de pregatire profesionala etc. Orientarea spre munca joaca un rol esential in combaterea defectului. Antrenarea compensarii trebuie dirijata activ pentru fiecare caz in parte. Problemele esentiale se pot rezolva numai prin munca in echipa a fiziologilor, psihologilor, pedagogilor si medicilor.

In ultimii 20-30 ani s-a dezvoltat foarte mult ergoterapia pentru infirmii motori cerebral care urmareste inhibarea inlantuirii miscarilor anormale si primitive pentru a provoca altele normale. Pentru aceasta este necesar ca persoana sa execute activitatea printr-o postura care-i favorizeaza normalizarea tonusului muscular .

Ergoterapia se introduce la varste foarte fragede (aproximativ 6 luni).

Dupa cum arata E.Teuscher, compensatia se poate forma in trei sensuri:

1) copilul alege organele de compensare;

2) formeaza functii de compensare;

3) modifica functii.

Compensatiile pe care copilul le realizeaza cu propriile lui membre in cazul amieliei membrelor superioare nu sunt totdeauna suficiente si de aceea in completare se recurge la proteze.

La atetozici, ca si la spastici, cei mai importanti factori terapeutici care au un rol important in alegerea activitatilor sunt:

1) Copilul sa fie absorbit de activitate pentru a uita dificultatile motorii. Aceasta il face mai putin anxios si, in consecinta, in mai mica masura subiectul unor spasme sau sinkinezii. De exemplu, echilibrul se amelioreaza in pozitie asezat.

2) Activitatea si pozitia pe care o adopta copilul in timpul acesteia prescrie directia si amplitudinea miscarilor; de exemplu taiatul cu ferastraul necesita o disociere a membrelor superioare.

3) Ritmul constant al miscarii in timpul activitatii (exemplu: zugravirea unei suprafete mari) favorizeaza normalizarea tonusului, prin efectul actiunii reciproce a muschilor agonisti si antagonisti.

BCU "ASTRA" UNIVERSITY LIBRARY

4) Actiunea simultana a grupurilor musculare a membrelor in timpul tratamentelor hemiplegicilor, permite obtinerea unei reactii cinetice superioare a membrului "antins" (exemplu: intinderea aluatului cu facaletul).

Datorita faptului ca gradul de deficienta motorie nu are nici-un raport direct cu inteligenta la copilul care prezinta o neta discrepanta intre dezvoltarea motorie simintala, ergoterapia, are si functia de a compensa eficienta motorie prin asistenta in jocul copiilor mici, in munca celor mari, sau de a le permite unele experiente corespunzatoare nivelului lor mintal si care uzeaza de dezvoltarea personalitatii lor.

Compensarea are un rol important in combaterea si prevenirea retardarii in insusirea scrierii. Cu cat diagnosticul este mai timpuriu cu atat masurile medico-pedagogice se pot aplica din vreme si in mod adecvat.

De asemenea compensarea are un important rol in restabilirea biofizica a copiilor cu deficiente de limbaj. Acest mecanism este in interdependenta cu verbomotricitatea, motricitatea generala gestuala, cuvantul simbol, gandire etc.

Cultura fizica medicala conduce la restabilirea unei culturi fizice si mentale cat mai bune si complete, la inbunatatirea cunostintelor, priceperilor si deprinderilor motrice, verbo- motorii si locomotorii generale si speciale, la optimizarea calitatilor fizice si psihice de baza, la reabilitatea performantelor praxice si a capacitatii adaptive autoreglatorii la efortul specific de invatatura, munca, joc etc. Deci compensarea are un rol deosebit de important in remedierea acestor deficiente si se impun cateva principii terapeutice care trebuiesc respectate :

a) In timpul realizarii activitatii, copilul va fi stimulat sa aplice, sa se antreneze, sa-si perfectioneze compensatiile sale si sa-si creeze altele noi.

b) Cele mai putin productive se inlocuiesc cu altele mai eficiente.

c) Copilul va trebui sa dezvolte o mobilitate deosebita a tuturor articulatiilor, in special ale acelora care ai permit o compensatie indispensabila.

d) Trebuie de asemenea antrenate la maxim cu rol complementar in prehensiunea mainii celeilalte sau in lipsa, la activitatea unei proteze pneumatice , partile rudimentare ale membrelor.

e) Copilul mic inzestrat cu proteze, va ajunge sa le foloseasca spontan.

f) Proteza va juca mereu un rol auxiliar de stabilizare si de mentinere a membrului intact, va actiona ca organ de indemanare, daca leziunea este unilaterala.

Un rol important este detinut de compensarea prin tratament medical indelungat si tratament fizicoterapeutic, condus de specialisti in sectii speciale de recuperare si totodata compensarea prin joc. Jocul poate constitui o manifestare a fortelor in actiune la copil; dar aceste forte trebuiesc indrumate de adult in cea mai buna directie.

Fie ca este profesor de cultura fizica medicala, logoped sau ergoterapeut, cat si profesor sau invatator, trebuie sa cunoasca modalitati de aplicare ale jocului in sfera actiunilor pe care le intreprinde. Actiunile de joc au caracter intermediar, capatand treptat, sensul unor actiuni mintale cu semnificatii ale obiectelor, in planul limbajului cu voce tare, care se mai sprijina foarte putin pe actiunea externa si capata caracterului gestului indicator general. Modul acesta de dezvoltare in directia actiunilor mintale, este o conditie de baza in dezvoltarea imaginatiei. Mai apoi se pun bazele trecerii la o etapa superioara, aceea a actiunilor mintale sprijinite pe limbaj.

BCU "ALECU RUSSO" UNIVERSITY LIBRARY

Alta metoda menita sa activeze procesele gandirii si sa tina seama de tulburarile profunde ale vorbirii este metoda fonetica analitico-sintetica.

Prin aceasta se urmareste formarea priceperilor si deprinderilor de a recunoaste propozitiile si de a le analiza in cuvinte, iar cuvintele in silabe si in sunete, formandu-se posibilitatea diferentierii si intelegerii legaturii dintre sunet si litera. In tot acest timp se respecta :

- principiul succesiunii (de la usor la greu)
- se trece de la lucruri simple la cele complicate
- se va tine seama de particularitatile fiecarui individ in parte
- in paralel cu scrierea se va urmari insusirea cititului
- se vor executa exercitii repetate si variate de consolidare a priceperilor
- unde este posibil fiecarei litere i se va asocia o imagine pentru o mai usoara memorare (principiul intuitiei)

Toate probele alese intentionat de specialisti foarte simple si coroborate cu cele standardizate, destinate sa investigheze aspectele superioare ale psihicului, conduc la descoperirea copilului disgrafic sau infirm motor cerebral, scotand in evidenta si manifestarile intime si specifice ale personalitatii, uneori prea ascunse ale infirmului motor cerebral, a modului cum sant traite si reflectate de catre acesti copii influentele mediului inconjurator, atitudinile fata de sine si fata de cei din jur. La acesti copii educarea sau reeducarea limbajului trebuie sa fie in centrul atentiei. Formarea limbajului are un rol deosebit de important in dezvoltarea proceselor psihice superioare, in primul rand a gandirii , apoi a imaginatiei, memoriei, atentiei, motivatiei, afectivitatii etc. Ca metoda de compensare, formarea limbajului contribuie la formarea unui psihic

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

echilibrat putand spune ca de modul cum se prefigureaza particularitatile psihicului infirmului motor cerebral, asa se va contura si personalitatea lui.

Pornind de la cerintele fiziologice ale scrierii si dificultatile motrice ale infirmilor motori cerebral, s-au incercat **modalitati de compensare** care ar putea facilita insusirea scrisului. Pentru aceasta, s-a pornit de la ideea ca nu este sctrict necesar ca scrisul sa fie rezultat in conditiile fiziologice (considerate) "clasice", ci se poate recurge la o scriere in care sa se elimine participarea unora din muschii falangelor sau unele articulatii prin intrebuintarea unui "degetar" prins de unul din degetele considerate valide si mai agile, de preferinta aratatorul sau mijlociul. In aceasta varianta exista posibilitatea ca mana sa se sprijine, pe de o parte pe ultimele trei degete, iar partea cealalta pe degetul mare, incat singur aratatorul sau mijlociul sa execute miscarile "inscriptoare". Pe de alta parte, pentru asigurarea unei perceptii vizuale mai bune, pentru asigurarea unui autocontrol, degetarul a fost prevazut cu o pasla relativ groasa, care sa traseze linii vizibile. Materialul hidrofil asigura imbibarea in cerneala si mentinerea acesteia timp suficient pentru a nu solicita prea des introducerea sa in cerneala.

In urma estimarii avantajelor acestui procedeu, la toate cele cinci criterii notate se obtin semnificative la infirmii motori cerebral in favoarea utilizarii "degetarului". Faptul ca respectarea proportiilor are un avantaj de aproximativ 33%, iar orientarea figurilor, de 23%, se poate observa ca linia groasa de pasla degetarului, posibilitatea autocontrolului devine pregnanta, ceea ce faciliteaza realizarea grafismului.

La atetozici se intalnesc variatii de tonus, spasme involuntare, deplasari bruste sau lente ale diversilor muschi, fata si membrele agitate de grimase, de miscari necoordonate si involuntare, alterand, brusc, cu o

BCU IASI CENTRU UNIVERSITAR LIBRARY

atitudine incremenita. Atunci cand sunt afectate indeosebi membrele superioare, insusirea scrisului de mana este imposibil.

Fiind studiate trei cazuri in care invatarea scrierii la masina s-a impus ca singura modalitate de invatare a scrierii, s-au retinut urmatoarele aspecte:

- la prima vedere, acesti copii prezinta unele caracteristici ale debilitatii mintale, datorate faptului ca, pe langa dificultatile motrice descrise, unii prezinta dizartrii sau chiar anartrii, deci posibilitatile comunicarii cu mediul sunt diminuate;
- cunostintele ce se predau la nivelul varstei lor si le insusesc dar nu au posibilitatea orala sau scrisa de a le materializa si nici de a fi verificate.
- aspectul impresiv al limbajului – indicarea obiectelor numite sau executatarea unor comenzi – se evidentiaza in cadrul activitatii scrierii.

Aceste constatari au determinat utilizarea masinii de scris, care corespunde unor cerinte compensatorii. Elevul poate, selectiv, sa aleaga litera, apoi dupa o succesiune de miscari sa apese pe clapa literei respective. Din observatiile notate, pe perioade mai indelungate, s-au constatat urmatoarele:

A. Apar dificultati inerente in faza initiala.ele sunt determinate de urmatorii factori:

-miscarile selective se realizeaza greu la inceput, dar se amelioreaza in functie de exercitii, de starea de moment a subiectului (fizica sau/si psihica), de gradul reusitei sau nereusitei care antreneaza copilul, afectiv, in acest proces;

-aranjarea hartiei in masina trebuie sa o efectueze o alta persoana (adulta sau mai putin infirma);

-la nivelul clasei, se produce dezordine – restul copiilor fiind sustrasi de noutatea sau zgomotul produs de masina;

-transportul masinii, securitatea ei, aranjarea pe mese speciale, cer din partea invatatorului o preocupare speciala.

B. In urma exersarii continue, se obtin rezultate deosebit de incurajatoare. Trecand peste fazele mai dificile, subiectii isi amelioreaza posibilitatile de comunicare cu mediul, reusind, in deosebi, in domeniul scolar.

Rezulta, din cele expuse, ca in unele situatii la copiii infirmi matori cerebral se impune utilizarea, din primul an de scol;arizare, a masinii de scris. Trebuie, totusi, mentionat ca nu se recomanda oricarui copil care prezinta deficiente motrice. Indicatia trebuie facuta dupa un studiu judicios, acolo unde scrisul de mana devine cu certitudine imposibil. Nu trebuie plasat in fata unei masini de scris un infirm grav handicapat numai daca putem fi siguri ca vom reusi sa-l invatam sa se serveasca de ea, altfel esecurile ii vor crea infirmului stari psihice negative.

Exista tendinta de a se crede ca avand un nivel intelectual suficient pentru a intelege, copilul va realiza de la sine invatarea scrierii la masina. Or, prezenta unei instabilitati motrice, faptul ca infirmii motori cerebral au de controlat voluntar, functii normal automatizate, creeaza o dificultate in cursul exercitiilor unor miscari voluntare.

La infirmii motori cerebral se recomanda ca masa la care scriu sa fie reglabila, incastrata, adaptabila pentru scrisul cu mana, cat si pentru scrisul la masina, sa existe un loc de fixare pentru hartia de scris, sau pentru masina. Masa poate fi orizontala sau oblica.

Pentru scrisul la masina se pot folosi tipuri de manusi cu inchizatura mare deasupra mainii, mentinand incheietura mainii inchisa, cu exceptia

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

indexului. In alte cazuri se poate adauga un "deget" (mulaj) cu care sa se poata atinge clapele masinii de scris.

O deosebita importanta trebuie acordata si altor accesorii, cum sunt: rezemator reglabil pentru picioare; sprijin pentru trunchi si cap in usoara flexie, pentru a nu risca miscari de scapare a capului pe spate sau lateral; scaun tip fotoliu, cu rezematori pentru coate si antebrate.

In unele situatii mainile nu mai pot fi utilizate in nici un fel. Atunci trebuie cautate modalitati de comp;ensare. Uneori, se recurge la utilizarea picioarelor, alteori ale capului, daca acesta este destul de stabil in raport cu trunchiul. In asemenea situatii, pregatirea este la fel atat pe plan intelectual, cat si spatial. Pentru cap se confectioneaza un unicorn prins cu o banda in jurul capului, terminat cu un capat bont cauciucat cu care se bate pe clapele masinii.

Pentru invatarea scrierii la masina cu piciorul, trebuie luata o decizie bine chibzuita, deoarece pot aparea inconveniente de ordin medical.

Scrierea cu piciorul in unele cazuri de tetraplegie sau diplegie la membrele superioare sunt mai rare, dar fiind intalnitese va prezenta unul dintre aceste cazuri:pornind de la observatia ca subiectul executa miscari mult mai fine si mai precise cu membrele inferioare decat cu mainile, s-a preconizat invatarea scrierii cu piciorul.

S-a improvizat o planseta asezata intr-un unghi corespunzator, perpendicular pe campul vizual, subiectul fiind in decubit dorsal. Avand in vedere distanta mai mare a picioarelor d e ochi, s-au invatat mai intai majusculele in dimensiuni mai mari, cu o grafie simplificata. Dupa insusirea literelor, s-au alcatuit silabe, cuvinte si propozitii, conform metodicii insusirii scrisului limbii romane. Concomitent, s-au invatat cifrele, apoi operatii simple, precum si desenul.

Compensarea functionala survine numai atunci cand au fost epuizate toate posibilitatile substituirii functiei pe seama elementelor intacte ale sistemului lezat. Totusi, tendinta de compensare a vederii sau a auzului, pe seama elementelor reziduale ale acestor functii in conditiile slabirii lor, nu numai ca nu realizeaza compensarea, ci poate sa conduca la epuizarea posibilitatilor analizatorilor si chiar la accelerarea procesului patologic si inhibarea celorlalte componente ale compensarii. Dar si ignorarea rolului pe care-l pot avea resturile functionale, prin neutilizarea lor, constituie o greseala la fel de grava.

In procesul complex de compensare participa si alte mecanisme; adaptarea la conditiile existente, restructurarea nivelului functional al activitatii sistemului nervos, modificarea excitabilitatii si labilitatii sistemului nervos etc. In orientarea si stabilirea metodelor compensatorii se impune o diferentiere, in functie de factori ca: etiologia defectului, gradul, localizarea, dinamica, momentul aparitiei, complexitatea lui, ca si conditiile de mediu si de educatie inainte si dupa instalarea defectului.

Procesele compensarii au un caracter selectiv in functie de cerintele concrete ale mediului. Procesele compensatorii, in cadrul carora un rol deosebit revine dezvoltarii optime a functiilor analizatorilor vizuali, necesita o orientare adecvata si un cadru adecvat. "Sensibilitatea organelor de simt se poate dezvolta si perfectiona in anumite conditii si mai ales printr-o educatie speciala a acestora, dobandind o uimitoare finete a acestora" (A.N. Leontiev).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3.8. Câteva aspecte privind cumulul de deficienţe / polihandicapul

În literatura de specialitate problema cumulului de deficienţe este în mică măsură analizată, deoarece numărul persoanelor cu asemenea deficienţe este redus. La toate handicapurile analizate am subliniat existenţa unor handicapuri în afara principalului handicap. De această dată avem în vedere asocierea unor handicapuri fundamentale, ce sunt însoţite de o multitudine de tulburări. Metodologia educaţional-recuperativă a acestor handicapaţi este diferită faţă de celelalte forme de handicap.

Surdo-cecitatea este asocierea dintre deficienţa de auz şi deficienţa de vedere. Această asociere produce grave dereglări în modul de viaţă a individului, deoarece principalele canale de relaţie cu mediul înconjurător sunt deteriorate, fiind afectaţi principalii analizatori (văz, auz şi verbo-motor). Această situaţie presupune adoptarea unor programe educaţional-recuperative speciale, în care trebuie mobilizate/antrenate simţurile valide în vederea compensării funcţiilor analizatorilor afectaţi.

Pentru polihandicapul surdo-mutitate/cecitate, metodologia educaţională utilizată de către cei mai mulţi specialişti implică următoarele etape: cunoaşterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însuşirea gesticulaţiei, formarea capacităţii de folosire a semnului tactil, formarea deprinderilor de citire şi scriere, formarea capacităţii de comunicare verbală. Aceste etape sunt presărate cu secvenţe specifice fiecărui handicapat, avându-se în vedere particularităţile psihoindividuale. Toate activităţile desfăşurate cu această categorie de handicapaţi trebuie să se defăşoare cu o mare încărcătură afectivă pozitivă, care degajă încredere, optimism şi perseverenţă.

Autismul rămâne unul din conceptele cele mai controversate, datorită următoarelor explicaţii:

- varietatea simptomelor psihologice apar pe fondul unor diversităţi de structură citoarhitectonică relativ specifică;

- autismul a fost şi este obiectul de studiu a mai multor discipline: psihopedagogie specială, psihologie, psihiatrie, psihologie clinică, pedagogie, logopedie etc., ceea ce a dus la o abordare centrată pe un anumit tip de evaluare şi intervenţie în scop de recuperare;

- delimitarea specificităţii autismului presupune investigaţii riguroase sau datorită existenţei unor factori nocivi existenţi şi în alte forme de handicap, în stadiul actual al ştiinţelor, delimitarea absolut necesară nu se poate realiza;

- acţiunea de diagnoză şi prognoză este dificil de realizat, datorită faptului că evoluţia comportamentală şi structurarea activităţii psihice, în concordanţă cu progresele şi regresele realizate sub influenţa proceselor educaţional-recuperative, sunt foarte complicate şi diferite de la un caz la altul.

Creatorul termenului de „autism", E. Bleuler defineşte autismul ca fiind „o detaşare de la realitatea însoţită de o predominare a vieţii interioare" (etiologia cuvântului, grecescul „autos" care înseamnă „însuşi" sau „Eul propriu". În accepţiunea lui Leon Kanner, autistul este „retras, mulţumit de sine însuşi".

Comparativ cu alte handicapuri, se apreciază că autismul are o frecvenţă similară cu cea a surdităţii şi mai mare decât cecitatea, iar frecvenţa este mai mare la băieţi, faţă de fete şi există un număr mai mare de autişti printre copiii unici sau a primilor născuţi.

Prin centralizarea unor caracteristici obținute prin psihodiagnoza diferențială au fost elaborate trei categorii de teorii distincte ce contribuie la explicarea autismului:

- teorii organice – potrivit cărora autismul se datorește unor disfuncții organice de natură biochimică sau de dezvoltare structurală insuficientă a creierului;

- teorii psihogene – consideră autismul ca un fenomen de retragere psihogică față de tot ceea ce este perceput rece, ostil și pedepsitor (părinți care au relații reci cu copilul, care conduc la anumite disfuncții psihologice în sfera emoțională, cognitivă, când dificultățile utilizării simbolurilor devin dominante în tulburările limbajului etc.);

- teorii comportamentale – sunt în strânsă legătură cu cele psihogene, deoarece implică întotdeauna componente de ordin psihologic. Potrivit acestor teorii, autismul infantil ar lua naștere dintr-un șir de comportamente învățate care se formează în urma unor serii întregi de recompense și pedepse întâmplătoare, care se mențin prin aceleași recompense și pedepse ce se repetă în condiții relativ asemănătoare sau percepute de către copil ca fiind similare.

Autismul este o tulburare complexă, astfel încât fiecare caz particular se poate constitui într-o adevărată identitate specifică. În toate palierele activității psihice se produc manifestări multiple, fapt ce subliniază complexitatea autismului.

Astfel, apar dificultăți de limbaj și comunicare, care se manifestă de timpuriu, prin lipsa unei relații adecvate în vorbire, nu răspund la comenzile verbale, nu pot fi stimulați să comunice, vorbesc cu mare întârziere și cu multe greșeli de pronunție. Vocabularul sărac și frecventele tulburări de voce determină o vorbire economicoasă, lipsită de intonație și

flexibilitate, dezagreabilă. Când autismul se manifestă într-o formă mai puțin evidentă în mica copilărie, dar debutează pregnant în jurul vârstei de 10 ani, are loc un regres în plan verbal și se ajunge la instalarea treptată a refuzului de a comunica cu cei din jur.

Discontinuitatea în dezvoltare și învățare este evidentă și specifică (se întâmplă ca autistul să nu poată număra, dar în schimb manifestă abilități în realizarea operației de înmulțire sau manifestă dificultăți în învățarea literelor, dar dovedesc o oarecare ușurință în învățarea cifrelor.

Deficiențele perceptuale și de relaționare sunt ușor sesizate încă de la naștere, autistul dovedindu-se ca un plângăcios, agitat în majoritatea timpului, prezentând agitație însoțită de țipete sau este inhibat, fără interes de a cunoaște lumea înconjurătoare. Unii autiști manifestă o oarecare plăcere la pipăirea obiectelor, manipularea îndelungată a unui obiect, alții dimpotrivă, au reacții negative față de atingerea obiectelor.

Prin aplicarea unor teste verbale și perceptual-motorii se constată că autiștii se mențin în limitele deficiențelor mintale.

Tulburările acționale și comportamentale sunt cele mai spectaculoase. Acțiunile și comportamentele autiștilor sunt bizare, stereotipe, tendință de automutilare și autodistrugere prin acțiuni de mișcare a unor părți ale corpului până la epuizare, lovirea cu pumnul a diferitelor părți ale corpului. De asemenea, în comportamentul autiștilor sunt prezente și acțiuni de autostimulare, care se realizează prin mai multe căi: frecarea cu mâna a lobului urechii sau legănatul înainte și înapoi (pe cale kinestezică), lovirea coapsei cu dosul palmei (cale tactilă), plesnitul din limbă sau emiterea unor sunete neâncetat (calea auditivă), privirea îndelungată a degetelor sau învârtirea unui obiect în fața ochilor (calea vizuală). Execută stereotip rotirea brațelor, învârtirea pe loc fără să

ameţească, mersul pe vârfuri etc., nevoia de somn este foarte redusă iar somniferele nu-şi fac efectul, reacţii diminuate la durere şi frig etc.

Disfuncţionalităţile proceselor, însuşirilor şi funcţiilor psihice se referă la întreaga activitate psihică:

- în planul afectiv- motivaţional se manifestă de timpuriu lipsa de interes pentru contactul social, indiferenţă la trăirile celor din jur, se ataşează de obiecte fără nici o semnificaţie (cutii goale, cioturi de creion, bucăţele de hârtie), teamă patologică de lucruri obişnuite, nu privesc în faţă persoanele din jur şi astfel lasă impresia că ascund ceva, deşi ei nu ştiu să mintă, imaturitatea afectivă se manifestă printr-un infantilism specific deficienţei mintale, se manifestă tendinţa de izolare, de închidere în Eul propriu, devin furioşi în locuri aglomerate etc.;

- nivelul gândirii şi inteligenţei rezultă din modul în care desfăşoară activităţile ludice. Autistul adoptă un joc de tipul specific sugarului, manipulând obiectele şi nu are capacitatea de a acorda simbol jucăriei.Autismul se asociază, în multe privinţe, cu formele deficienţei mintale severe. Dificultăţile de înţelegere a unor situaţii reale împiedică formarea de concepte, neputând utiliza abstractizarea şi generalizarea. Memoria este mecanică (la cei care pot vorbi), reproduc expresii verbale auzite în diverse împrejurări, recunosc uneori o melodie ascultată cândva, recunosc o încăpere în care au mai fost etc. Nu manifestă atenţie atunci când i se vorbeşte sau când în jurul său se produc evenimente cu o anumită semnificaţie, pentru că nu înţelege sensul acestora şi nu surprinde simbolistica lingvistică.

La baza performanţelor copiilor autişti şi a celor normali stau mecanisme diferite de prelucrare a informaţiilor.

La autişti sunt afectate relaţiile interumane, reciprocitatea interpersonală şi cunoaşterea socială, fapt pentru care întreaga personalitate are de suferit. Diferenţierea autismului de alte handicapuri este dificil de realizat în lipsa unor rezultate evaluative din punct de vedere psiho-medical, întrucât în unele privinţe autistul se apropie de comportamentul unor handicapaţi, iar în alte privinţe de manifestările altor categorii de deficienţi, fără a pierde din vedere şi particularităţile specifice deficienţei sale.

Având în vedere cele afirmate mai sus, considerăm că fiecare autist are particularităţi specifice, ceea ce presupune necesitatea elaborării unor programe educaţional-recuperative diferenţiate şi adaptate cazurilor particulare.

BIBLIOGRAFIE

1. Damaschin, D., (1973), Defectologie. *Teoria şi practica compensaţiei,* Bucureşti, Ed. Didactică şi Pedagogică.

2. Muşu, I., (1991), *Problematica curriculum-ului pentru învăţământul special*, Bucureşti, în: „Revista de educaţie specială", nr.l.

3.Popovici, D.,V., (1999), *Elemente de psihopedagogia integrării,* Bucureşti, Ed. „Pro Humanitate".

4. Sima, I., (1998), *Psihoterapie aplicată unei tinere deficiente mintal cu mutism electiv,* Bucureşti, în „Psihopedagogie", vol.I, coord. Sima I., Ed. Didactică şi Pedagogică, R.A.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3.9. Concepte şi teorii privind integrarea şcolară şi socială a copiilor cu cerinţe educative speciale

În orice societate există anumite persoane care, datorită unor deficienţe, incapacităţi nu se pot „integra" în comunitate prin propriile lor forţe. Handicapul, problematica persoanelor cu dizabilităţi, înainte de a fi probleme de ordin emoţional sunt probleme de ordin social. De aceea societatea, prin diverse mecanisme şi pârghii, trebuie să urmărească şi satisfacerea nevoilor/trebuinţelor reale ale persoanelor cu dizabilităţi, să le asigure respectarea deplină a intereselor acestora, a demnităţii şi a drepturilor lor în orice împrejurare şi în raport cu orice sistem de referinţă, în vederea integrării acestora ca membri deplini ai societăţii.

În ceea ce priveşte perceperea, identificarea, clasificarea şi definirea trebuinţelor/nevoilor persoanelor cu handicap L.Manea, citându-l pe J.Bradshshaw, arată că

"În situaţiile concrete se întâmplă adesea ca semnificaţia acestui concept să nu fie suficient de clară. În mod obişnuit, pot fi identificate patru definiţii ale termenului". O primă accepţiune este aceea de *„nevoie normativă"*, corespunzând perspectivei specialistului, care, în calitate de expert, operează cu raportarea situaţiilor concrete la anumite standarde. O a doua modalitate de definire a conceptului este de a-l privi ca pe o *„nevoie resimţită"*, care apare ca reflectare a ceea ce doresc oamenii aflaţi într-o anumită situaţie. Cea de a treia accepţiune a termenului este de *„nevoie exprimată"*, care este de fapt „cererea", solicitarea unui serviciu, adică nevoia resimţită transformată în acţiune. A patra definiţie a termenului este ne *„nevoie comparativă"*, ca o măsură rezultând din studierea caracteristicilor persoanelor beneficiare ale unui ser u. Atunci când alte

persoane, având caracteristici similare, nu beneficiază de acelaşi serviciu se consideră că ele se află în situaţia de nevoie.(cf. Livius Manea – *Protecţia specială a persoanelor cu handicap*,Şansa S.R.L.,2000, p.16).

Copiii cu deficienţe fac parte din categoriile de populaţie aflate în „nevoie". Indiferent de modalitatea sub care definim „nevoia", în *Convenţia cu privire la drepturile copilului*, convenţie adoptată în unanimitate de către Adunarea Generală a Naţiunilor Unite la 20 noiembrie 1989, în art.23 se arată că „pentru copiii handicapaţi fizic şi mintal trebuie să se asigure o viaţă plină şi decentă, în condiţii care să le garanteze autonomia şi să le faciliteze participarea lor activă la viaţa colectivităţii...să aibă efectiv acces la educaţie, la formare, la îngrijirea sănătăţii, la reeducare, la pregătire pentru reangajare în muncă, la activităţi recreative, beneficiind de aceste servicii de o manieră corespunzătoare, care să asigure o integrare socială cât se poate de completă şi o dezvoltare individuală, incluzând dezvoltarea sa culturală şi spirituală". (****Convenţia cu privire la drepturile copilului*, în *Drepturile omului. Documentar pentru predarea cunoştinţelor din domeniul drepturilor omului în învăţământul preuniversitar*, ISBN, 1995, p.121)

În domeniul educaţiei, prin „**copii cu cerinţe speciale**" sunt desemnaţi copiii a căror cerinţe/nevoi speciale educaţionale derivă în principal din deficienţe fizice, mintale, senzoriale, de limbaj, socio-afective şi de comportament ori asociate, indiferent de severitatea acestora. Pot fi cuprinşi în categoria „cerinţe speciale" şi unii copii ocrotiţi în instituţii rezidenţiale, precum şi anumiţi copii/elevi din învăţământul obişnuit, care prezintă cerinţe educative speciale manifestate prin tulburări/dificultăţi de învăţare şi/sau de adaptare şcolară.

Educaţia specială are în vedere un mod/fel de educaţie, adaptată şi destinată persoanelor care nu reuşesc (sau este puţin probabil) să atingă în cadrul învăţământului obişnuit (temporar sau pe toată durata şcolarităţii) nivele educative şi sociale corespunzătoare vârstei. Educaţia specială se doreşte o educaţie pentru toţi, urmărindu-se:

-să se extindă la toţi copiii care întâmpină anumite dificultăţi sau probleme de învăţare (a se vedea copiii cu cerinţe speciale);

-să pregătească în ansamblu şcoala şi societatea pentru a primi şi a satisface participarea persoanelor cu handicap la medii şcolare şi sociale obişnuite, ca elemente componente naturale ale diversităţii umane, cu diferenţele ei specifice.

Integrarea şcolară este un proces complex şi de durată care face referire la cuprinderea copiilor (în cazul nostru a copiilor cu cerinţe speciale) în instituţii şcolare obişnuite, sau în moduri de organizare cât mai apropiate de acestea. Este de dorit să privim integrarea şcolară ca un proces continuu de adaptare la condiţiile mediului şcolar şi social caracterizat printr-o neîncetată schimbare, mediul schimbându-se în funcţie de cerinţele integrării individului. Mai mult, procesul integrării şcolare a copiilor cu cerinţe educative speciale trebuie conceput ca o acţiune socială complexă, a cărui esenţă constituie nu conformarea mecanică, pasivă a elevului la condiţiile mediului şcolar şi social, ci corelarea ambilor factori, crearea acelor condiţii optime, obiective şi subiective, pentru ca integrarea să însemne nu numai adaptare, ci şi angajare.

Ca procesualitate Patrick Daunt distinge în interiorul integrării şcolare următoarele etape/niveluri/moduri ale integr

- *integrare fizică*, care se referă la cuprinderea copiilor cu cerinţe educative speciale într-o instituţie şcolară obişnuită sau/şi specială. La

acest nivel se urmăreşte prezenţa copiilor cu deficienţe alături de ceilalţi, reducerea distanţei fizice dintre copii, utilizarea împreună a unor spaţii fizice, materiale şi echipamente, facilitarea inter-cunoaşterii şi familiarizării reciproce, crearea condiţiilor optime de participare efectivă a copilului/elevului la activitatea grupului precum şi comunicarea în cadrul acestuia;

- *integrarea funcţională*, semnifică participarea la un proces comun de învăţare, în condiţiile în care şi copilul cu handicap asimilează anumite cunoştinţe, îşi formează abilităţi, alături de copii obişnuiţi sau copiii din grupul de copii în care este cuprins. Se vorbeşte despre integrare funcţională a copilului cu cerinţe speciale atunci când acesta atinge un nivel relativ egal de participare la actul de învăţare şcolară cu semenii din grupă/clasă, pe perioada respectivă de interacţiune şi pe domenii asemănătoare de conţinut pedagogic. Integrarea funcţională poate fi iniţial limitată ca sferă de acţiune (ex. la educaţie fizică, educaţie muzicală, activităţi practice,etc.) şi cu timpul se poate extinde la alte discipline de învăţământ;

- *integrarea socială* presupune stabilirea şi dezvoltarea de relaţii şi inter-relaţii în interiorul grupului de muncă, la care copilul cu cerinţe speciale participă activ. Astfel, copilul cu cerinţe speciale este inclus în toate activităţile comune din viaţa şcolii, atât la cele propriu-zise de învăţare cât şi la activităţile comune din pauze, de joc, alte activităţi cotidiene din viaţa şcolii. Se stabilesc legături reciproce, mai mult sau mai puţin spontane, relaţii de acceptare şi participare relativ egală la viaţa grupului şcolar;

- *integrarea societală* apare atunci când copilul integrat în grupul de elevi dobândeşte sentimentul de apartenenţă şi participare deplină la

comunitate, cu asumarea de roluri. Integrarea societală presupune acceptarea deplină a copilului cu cerinţe speciale de către ceilalţi membri ai comunităţii şcolare, presupune existenţa sentimentului de încredere în sine şi în ceilalţi, presupune ca, copilul cu cerinţe speciale să-şi asume unele responsabilităţi sociale în contextele sale particulare de viaţă, concomitent cu exercitarea unor influenţe asupra partenerilor din contextele sale de viaţă. (cf. Patrick Daunt – *Integrarea în comunitate a copiilor cu cerinţe educative speciale*, Ministerul Învăţământului&Reprezentanţa UNICEF în România,1996, p.17).

Integrarea socială a copiilor cu cerinţe speciale în comunitate face referire la coexistenţa şi consistenţa contactelor şi relaţiilor interpersonale în cadrul grupurilor sociale, la concordanţa între norme şi conduite, la interdependenţa funcţională a elementelor unui sistem/subsistem social,etc. Conţinutul noţiunii „integrare socială" este dependent de aspectele stabilităţii, consensului, controlului social care trebuie să caracterizeze orice societate. Smaranda mezei arată că integrarea socială poate fi privită ca:

- *un proces social* prin care se realizează o permanentă reînnoire a unei unităţi sociale, în condiţiile postulării echilibrului relativ, structural şi funcţional al acestei unităţi, implicând, în mod necesar, întărirea elementelor ei. În timpul acestui proces, prin intermediul interacţiunii dintre individ/grup şi mediul social specific/integral au loc modificări/adaptări atât la nivelul individului/grupului care se integrează cât şi la nivelul sistemului/subsistemului social care integrează. În funcţie de caracterul activ al individului şi de capacitatea de răspuns al mediului care integrează, se disting mai multe faze ale procesului ale procesului:

acomodare, adaptare, participare şi integrare propriu-zisă care de multe ori poate fi o sinteză diferită în comparaţie cu componentele iniţiale;

- *o stare de echilibru social*, definită prin absenţa marginalităţii şi prin convergenţa a doi termeni aflaţi, iniţial, într-o relaţie de tensiune, convertită ulterior, într-o relaţie de armonie şi acţiune cooperantă;

- *apartenenţa şi participarea neimpusă* a individului la un set de norme, valori şi atitudini, comune ale grupului, care odată internalizate şi externalizate de individ în comportamente explicite, facilitează întărirea solidarităţii funcţionale a grupului;

- *rezultatul* unei serii de adaptări şi ajustări normative a individului la un câmp definit de relaţii de grup, rezultat care are drept consecinţă dorită eliminarea conflictelor şi stabilirea unor raporturi coezive şi participative. Astfel, se urmăreşte conformarea individului la necesităţile sociale şi la solicitările mediului organizaţional de referinţă (grup de egali, şcoală, profesie,etc.) precum şi caracteristicile procesului prin care individul/grupul capătă aptitudine de a trăi într-un anumit mediu, dobândind cunoştinţe, asimilând valori, internalizând norme,etc.(cf. Smaranda Mezei – *Dicţionar de sociologie*, Ed.Babel,1993, p.304)

Tipuri de integrare socială

Considerându-se drept cele mai mici unităţi ale unui grup normele sociale pe de o parte, iar pe de altă parte persoanele şi comportamentele lor,W. Landecker identifică patru tipuri de integrare socială

a) integrare culturală, definită de obicei ca un proces de realizare a unei concordanţe sau compatibilităţi între normele uneia şi aceleiaşi culturi, integrarea culturală constituie ă variabilă structurală care măsoară gradul şi limitele până la care o cultură (un sistem cultural) poate fi

calificată ca integrată. Ea sintetizează procesul prin care membrii unei societăţi acceptă, resping sau modifică itemuri care s-au difuzat din alte culturi. Ca unităţi funcţionale, sistemele culturale furnizează standarde şi modele culturale care ghidează comportamentul şi-l fac predictibil. În împrejurări obişnuite, „normale" cu cât este mai susţinută integrarea individului în sistemul cultural, cu atât este mai eficace contribuţia lui la buna funcţionare a societăţii. Gradul de integrare culturală, determinat de raportul între trăsăturile universale, specializate şi alternative, este mai ridicat însă când proporţia ultimelor este mai coborâtă, adică atunci când indivizii aleg mai frecvent comportamente culturale care nu se abat prea mult de la modelele prescrise. Integrarea culturală trebuie privită atât ca proces de eliminare a conflictelor şi incompatibilităţilor între normele aceleaşi culturi cât şi ca un proces eminamente creativ, manifestat prin prin gradul de participare a indivizilor şi grupurilor de indivizi din societate la creaţia spirituală, în general, la îmbogăţirea patrimoniului de valori definitorii, în particular.

b) Integrarea normativă, ca proces în esenţa sa relaţional, se poate fi identificată cu „integrarea între norme şi persoane" şi variază în funcţie de concordanţa între conduite şi norme. Ea mai este definită şi ca un mod eficient de articulare a modelelor normative cu procesul motivaţional, astfel ca indivizii să acţioneze conform standardelor prescrise. Respectarea normelor grupului şi orientarea spre valori morale ; glementări juridice comune întăreşte coeziunea între membri şi favorizează un grad ridicat de integrare socială a grupului respectiv;

c) Integrare comunicaţională, definită şi ca integrare „consensuală" acest tip de integrare caracterizează un anumit sistem de relaţii, definitorii pentru concordanţa dintre conduite şi norme. Fiind concretizat în modul de

distribuţie şi transmisie a modelelor normative între membrii sistemului social, acest proces utilizează ca noţiune de bază *comunicaţia*,cea interpersonală în mod deosebit, constând în schimbul de informaţii, idei, atitudini între membrii unui grup social. El formează baza pentru orice tip de acţiune socială şi facilitează transmiterea cunoaşterii cumulative, ca şi realizarea procesului de socializare. Se consideră că o reţea de comunicaţii interpersonale mai densă este caracterizată printr-un procent mai scăzut de persoane izolate, izolarea reprezentând un indice negativ al integrării comunicaţionale. Cu cât reţeaua de comunicaţie interpersonală este mai slabă şi izolarea socială este mai mare, cu atât există un număr mai ridicat de persoane caracterizate de tulburări psihice. Dezvoltarea comunicaţiilor şi a raporturilor interpersonale, dialogul între grupuri sociale distincte şi între subgrupuri din cadrul aceluiaşi grup social contribuie la participarea ridicată a indivizilor la viaţa socială şi implicit la un grad mai înalt de integrare socială;

d) Integrarea funcţională semnifică în plan general unitatea sau armonia din cadrul unui sistem social datorită interdependenţei membrilor părţilor sale specializate, iar în plan particular se referă la diviziunea şi sincronizarea sarcinilor într-un grup, în măsura în care diversele activităţi specializate sunt dependente una de alta. În plan general, interdependenţa şi corelarea diferitelor funcţii cu rol instituţional contribuie la menţinerea şi continuitatea structurilor sociale. În plan specific, integrarea funcţională desemnează interdependenţa elementelor sistemului de diviziune a muncii sau a schimburilor de servicii din cadrul unei societăţi. Pentru Landecker conceptul de integrare funcţională este central în studiile de ecologie umană, facilitând o serie de criterii şi măsuri ale densităţii urbane (gradul

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de concentrare a populației în diverse activități economice, extensia serviciilor,etc.) și diferențierii comunităților urbane de cele rurale.

Teorii sociologice ale integrării sociale

Urmărind modalitățile de definire a raportului dintre individ (actor social) și societate (ordine instituțională, ordine interacțională, lume-viață,etc.), ce afirmă sau neagă rolul activ al celui dintâi și caracterul construit a celei din urmă, observăm o evoluție în planul explicativ al teoriilor asupra socialului. Pe măsură ce înaintăm în istoria sociologiei, teoriile asupra socialului își deplasează centrul de greutate de la tema ordinii sociale considerată ca datum la cea a unui „cosmos" social în curs de constituire, de la tema integrării consistente a individului într-o realitate structurată în instituții la cea a participării sale la „efortul colectiv" de structurare/instituționalizare. Autorii de istorii ale sociologiei surprind această mișcare, indicând o evoluție de la teoriile funcționaliste/structuraliste/sistemice la teoriile constructiviste, ale structurării.

a) Sociologii funcționaliste

În cadrul funcționalismului specialiștii în istoria sociologiei au identificat numeroase variante: funcționalismul organicist (Spencer), funcționalismul „părinților fondatori" (Durkheim, Pa[illegible]), funcționalismul structuralist/sistemic (Parsons), neofuncționalismul (Bacley, Lazarsfeld),etc.

Ca orientare teoretică circumscrisă unui mod tradițional de abordare a fenomenelor sociale, analiza funcționalistă a fost fundamentată mai ales ce către lucrările sociologilor americani. Cu premise în organicismul spencerian (analogia socialului cu biologicul), prezentă la Pareto (care

substituie analizei cauzale pe cea funcţională) şi fundamentată de antropologia socială engleză (B.Malinowski, Radcliffe-Brown) ea va lua o amplă dezvoltare în concepţia structuralismului funcţionalist american reprezentat de T. Parsons şi R.K. Merton.

Realitatea socială este tratată de diferitele variante ale sociologiei funcţionaliste ca **datum**, ca realitate sui-generis care există independent de individ şi exercită asupra acestuia un sistem complex de constrângeri, determinându-i comportamentul. Fiecare componentă a sistemului social se structurează conform funcţiei pe care o îndeplineşte în sensul exigenţei celor două principii ale structuralismului funcţionalist: principiul teleologic şi principiul echilibrului, care acţionează în sensul integrării tuturor forţelor în sistem. Funcţiile oricărui sistem şi/sau subsistem social asigură integrarea deplină (Parsons), sau parţială (Merton) a elementelor componente.

Mecanismele principale ale integrării sunt: instituţionalizarea, internalizarea, socializarea prin adoptarea normelor şi valorilor comune, controlul social. Relaţiile interactive desfăşurate în arealul funcţional al imperativelor funcţionale, definesc esenţa structurii sistemului social ca structură de roluri care se îndeplinesc prin prisma „aşteptărilor normative" generate de sistemul valorilor acceptate la nivel global. De aceea , imperativul funcţional cel mai important îl reprezintă transmiterea universului simbolic, creat de valorile definitorii pentru sistem, de la o generaţie la alta, pentru a asigura continuitatea modelelor de socializare şi integrare în sistemul global.

Ca urmare, integrarea socială este studiată în funcţie de acţiunile şi rolurile sociale distribuite în cadrul grupului, îndeplinirea corectă a rolurilor definind caracteristicile integrării formale, iar conţinutul

dispoziţiilor şi motivaţiilor pe cele ale integrării informale. În mod general, pentru a putea funcţiona, orice sistem social, instituţionalizat sau nu, oferă soluţii problemei integrării membrilor săi, prin sistemul de roluri şi funcţii/statusuri, prin relaţiile de putere, prestigiu, responsabilitate şi solidaritate. În acest cadru, determinat de structura de roluri sociale, individul ghidat în acţiunile lui de orientări motivaţionale şi valorice are o permanenţă existenţă adoptativă, fiind nevoit ca prin participarea inevitabilă la viaţa de grup, să-şi elaboreze un comportament conformist care se supune normelor şi valorilor dominante.

Din perspectiva unei teorii a ordinii sociale înţelese ca **datum**, individul care îl interesează pe sociolog, aşa cum a observat É. Durkheim, este tipul mediu, normal, generic, al cărui comportament reproduce comportamentul colectivităţii. Producerea acestui tip individual /socializarea) îndeplineşte o serie de funcţii sociale: de transmitere/acumulare culturală (care include transmitere/acumulare de cunoaştere), de pregătire a indivizilor pentru exercitarea unor roluri sociale (inclusiv a rolurilor profesionale), de alocare a status-urilor sociale , de reproducere structurală sau/şi mobilitate socială,etc.

b) <u>Sociologii constructiviste</u>

Din perspectiva sociologiilor constructiviste ndiferent dacă este vorba despre constructivismul cognitiv al fenomenologilor (Berger şi Luckmann), despre constructivismul practic al etnometodologilor (Cicourel, Mehan), despre cel structuralist (Bourdieu) sau despre cel al structurării (Giggens) - realitatea socială este înţeleasă ca **realizare**, respectiv ca o **construcţie** (în dubla accepţie a termenului, de produs/rezultat şi proces) înfăptuită în activitatea cotidiană. Pentru a

analiza ordinea socială se pleacă de la inter-subiectivitatea „oamenilor care construiesc o lume rezonabilă pentru a putea trăi în ea".

Analizele de tip constructivist sunt realizate în termenii apropierii de către un individ capabil de discernământ în termenii reinterpretării, negocierii şi reconstrucţiei rolurilor, ai producerii simultane ai Eu-lui total şi universului social. Ele implică teza potrivit căreia individul şi grupul în care urmează a se integra sunt în egală măsură áctori/agenţi ai acţiunii, capabili să selecteze, să prelucreze, să producă şi să comunice informaţii, în formă discursivă sau în formă practică şi nu simpli mesageri/transmiţători, simpli receptori ai mesajului. Actorii sociali sunt consideraţi capabili de reflexivitate, fără ca aceasta să însemne că sunt întotdeauna conştienţi de ceea ce fac, liberi să"opteze" pentru un comportament sau altul, fără a putea face întotdeauna ceea ce vor, întrucât sunt obligaţi să se supună unor constrângeri structurale sau interacţionale, interiorizate, trecute sau prezente. „Faptele sociale" nu se impun ca „realitate obiectivă". Între o normă/regulă şi aplicarea lor de către oameni concreţi există o distanţă, în sensul că ei nu le reproduc, nu le aplică exact, nu imită întocmai modele prestabilite, ci pun în act o „metodologie profană" pentru „a da sens" acestor „modele". Chiar dacă Parsons explică stabilitatea sistemului social prin reproducerea ordinii (care depinde de gradul de interiorizare a normelor), omul nu este un individ lipsit de reflexivitate, un „idiot cultural", spune H.Garfinkel.

Prin urmare socializarea individului constă în construirea identităţii lui sociale traversând jocul tranzacţiilor biografice şi relaţionale. Integrarea socială presupune atât dobândirea unei poziţii în ierarhia socială cât şi statornicia unor relaţii de apropiere/colaborare cu membrii

BCU IAŞI / CENTRUL VECHI / LIBRARY

colectivului/grupului de referinţă. De aceea se poate spune că integrarea este şi o problemă de relaţie, nu numai una de participare.

Principalii factori implicaţi în procesul de integrare şcolară şi socială a copiilor cu cerinţe educative speciale

Integrarea copiilor cu cerinţe speciale se poate realiza dacă există colaborarea permanentă între: elevi, profesori, părinţi, consilieri, organizaţii neguvernamentale şi alţi parteneri viabili care se pot implica. În viziune şcolii/educaţiei inclusive cooperarea constituie un element fundamental, determinant pentru realizarea succesului, succesul privit ca autonomie şi independenţă necesară inserţiei sociale post-şcolare sau/şi post-instituţionale.

Grupul de muncă, şcolar emite la adresa elevului cu cerinţe educative speciale anumite aprecieri, pe care acesta le recepţionează mai mult sau mai puţin exact, deoarece pot să apară cazuri de perceperi deformate, condiţionate de mecanisme de apărare şi proiecţie a eu-lui. Evaluările emise îi conferă un anumit statut concretizat într-o apreciere de un anumit nivel. Înainte de a-şi însuşi evaluarea şi a o interioriza, aprecierile grupului se manifestă în contactele interpersonale. Dar pentru că un copil face parte, în acelaşi timp, din mai multe grupuri care se pot afla mai mult sau mai puţin în relaţie de interdependenţă, unitatea imaginii de sine se constituie din multiplicarea imaginilor sociale. De aceea este foarte importantă, deşi puţin valorificată, potenţialitatea de comuniune şi interacţiune a copiilor cu deficienţe, alături de semenii lor de aceeaşi vârstă, în asemenea contexte şi moduri de organizare şcolară, care pot să le pună mai bine în valoare capacităţile. Clasa eterogenă ca mediu al actului de învăţare, în care diversitatea este considerată ceva natural şi valorizată

pozitiv, facilitează progresul fiecărui copil şi constituie o premisă a integrării sociale a copilului cu dizabilităţi.

Profesorul consultant/itinerant/de sprijin - Cuprinderea individuală sau în grup mic a copiilor cu cerinţe educative speciale în unităţi de învăţământ obişnuit, în funcţie de potenţialul acestora, trebuie realizată prin diferite structuri sau forme de sprijin. Aceste forme de sprijin conturează în esenţă modalităţile prin care copii integraţi individual sau în grupe de 2-4 în clase obişnuite pot beneficia de ajutor din partea unor cadre calificate pentru educaţia specială, a unor servicii de reabilitare/recuperare necesare. Profesorul consultant este o persoană care are experienţă, are înaltă calificare, are deprinderi de specialist, fiind pregătit să ofere în orice moment tipul de intervenţie corect. Intervenţiile profesorului consultant (Heron) pot fi:

a) de *autoritate*, de tip recuperare (când caută să direcţioneze comportamentul copilului prin sfaturi şi prin atitudini critice), formale (când caută să împărtăşească noi cunoştinţe şi informaţii clientului prin instructaj, informare şi interpretare) şi confruntativă (când vizează direct atitudine, convingerile şi comportamentul copilului prin provocare şi răspunsuri directe);

b) *intervenţii de sprijin*, de eliberare (când caută să elibereze copilul de emoţii prin eliberarea tensiunilor şi încurajarea plânsului sau râsului,etc.), catalitică (când caută să încurajeze copilul să înveţe şi să îsi dezvolte prin auto-direcţionare şi auto-descoperire relaţiile practician-client. Aceasta implică reflecţie, încurajarea rezolvării problemelor de unul singur ţi selectarea informaţiilor) şi de ajutor (când subliniază părţile bune şi valoarea copilului prin aprobare, confirmare şi validare).

Şcoala prin toate componentele sale participă l recuperarea / reabilitarea copiilor cu cerinţe speciale. Aducerea unor copii în situaţii sau medii sociale şi educaţionale noi, care asigură o participare activă şi interactivă în relaţionarea cu ceilalţi copii şi la viaţa comunităţii locale, constituie o modalitate de integrare şcolară şi socială a acestora. Copilul cu deficienţe poate opta pentru o şcoală obişnuită. Inserţia sa individuală sau în grup în şcoala, atunci când se poate realiza, trebuie încurajată şi susţinută. La nivelul şcolii care desfăşoară acţiunii, componente ale educaţiei inclusive trebuie să se creeze condiţii astfel încât copilului ce cerinţe educative speciale să i se ofere serviciile educaţionale adaptate la nevoile sale. Şcoala trebuie privită ca un sistem educaţional flexibil, care oferă şi permite educaţie pentru toţi copii.

Astfel, la nivelul organizării sistemului de învăţământ, experienţele din din România şi din alte ţări arată că funcţionarea unor clase speciale separate, în şcoli obişnuite, cu o compoziţie fixă şi permanentă, în care copii îşi petrec toate orele din programul şcolar şi pe tot parcursul şcolii, contribuie prea puţin la promovarea integrării, chiar dacă unele activităţi social culturale se realizează în comun cu ceilalţi copii. De asemeni, includereea copiilor cu cerinţe speciale în şcoli speciale conduce la etichetare negativă, stigmatizare şi marginalizare. În schimb, funcţionarea în şcolile obişnuite a unor unităţi speciale flexibile- ca mod de organizare, funcţionare, ca structură şi frecvenţă din partea copiilor cu cerinţe speciale – poate contribui substanţial la procesul real de integrare şcolară şi socială. Copiii integraţi astfel beneficiază de avantajele ambelor sisteme, ei nu sunt total rupţi de sprijinul specializat necesar – asigurat de către cadrele didactice cu experienţă şi calificare pentru educaţia specială – şi beneficiază de învăţare şi interacţiune socială în contextul şcolar obişnuit.

La nivelul conținutului învățământului este necesar să se elaboreze și să se aplice programe de elaborare progresive, personalizate și revizuibile periodic.

La nivelul cadrelor didactice este necesar ca acestea să-și formeze și să își dezvolte deprinderi individuale adecvate de relaționare și comunicare cu alți profesori, specialiști, părinți,etc., să poată juca rolul de consultant. Există tendința, în numeroase țări din Europa, de a specializa cadrele didactice din învățământul obișnuit pentru educația cerințelor speciale numai după ce acestea au acumulat o experiență și o calificare corespunzătoare în învățământ. Este de dorit ca în selectarea cadrelor didactice în educația integrantă să se realizeze atât după calitățile profesionale cât și pe principiul „atitudini pozitive".

Familia are un rol important și în majoritatea cazurilor hotărâtor în alegerea modalității de socializare și integrare socială a copilului cu cerințe educative speciale. În condițiile economice și sociale din România, pentru multe familii este o ușurare să știe că fiul sau fiica are masa și întreținerea asigurată, parțial sau integral, într-o instituție, chiar dacă aceasta este una specială. Pentru a contracara astfel de situații este de dorit să i se asigure grupului familial sprijin financiar și suport informativ.

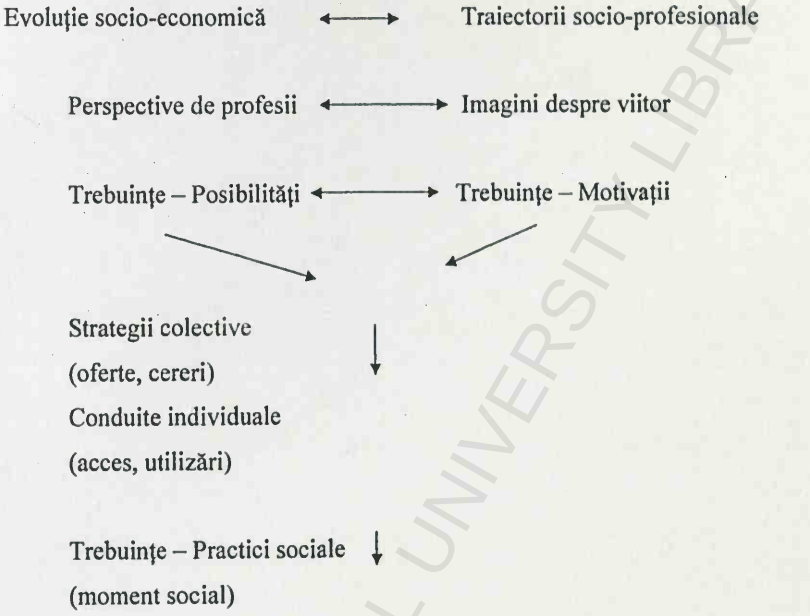
Mass-media poate contribui la reducerea barierelor sociale prin tipurile, valorile și atitudinile pe care le difuzează. Prin mass-media modernă, accesul aproape instantaneu la evenimentele cele mai importante ale planetei, creează „iluzia" omului anonim de participare directă la crearea istoriei. De aceea o mass-media bine deservită de profesioniști poate fi o sursă de informație infailibilă, ori o foarte periculoasă sursă de dezinformare.

O.N.G.-urile şi alte unităţi sociale (serviciile de asistenţă socială), prin programele care le desfăşoară, pot constitui parteneri în procesul integrativ al copiilor cu cerinţe speciale.

Sectorul educaţiei specializate este şi trebuie să rămână sensibil la aspiraţiile copiilor cu cerinţe speciale. Rămân însă prea multe probleme nerezolvate în privinţa integrării lor după o perioadă de instituţionalizare. Legislaţia în această privinţă pare a fi neinteresată. Nici astăzi nu există reglementări clare în privinţa orientărilor şcolare şi apoi a orientării profesionale şi sociale. Fiindcă se evită acum să se mai discute acum despre o „societate de asistenţă", se încearcă a se acredita ideea că orice legislaţie în domeniu ar putea cauza (conform teoriei etichetării). Se „evită" a se declara că există persoane care nu-şi neagă nici handicapul şi nici nu resping mâna întinsă a celorlalţi cetăţeni, în situaţii diverse, fiindcă au nevoie de ajutorul colectivităţii. Desigur că o politică preventivă – globală şi promoţională – ar evita „circuite închise". Însă fenomenul există şi de aceea nu este de respins „solidaritatea comunitară", intervenţia autorităţilor care sunt îndreptăţite cu inserţia şcolară şi integrarea lor socială, inclusiv integrare socio-profesională.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Modelul următor sintetizează problematica teoretică astfel definită:



BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

2008/15439

21

15439 C8

ISBN 978-973-632-476-5

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY